

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cășma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hatfeganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45



Cu privire la terapia hormonală cu substanțe proprii organismului

În afară de acțiunea Progynon-ului în tulburările climacterice și ale menstruației, Progynon-ul realizează, ca hormon folicular propriu organismului, o creștere a bunei stări generale și înviorare efectivă a dispoziției generale.

Rezorbția perlinguală

a Progynon-ului în picături atunci când se ia atât cât e indicat (de 4 ori pe zi câte 5-10 picături-nediluate) se săvârșește atât de bine, că se obține un efect sigur, chiar și cu doze hormonale relativ mici.

În aplicarea perlinguală, hormonul intră în sânge pe cale directă (1) fără să fie inactivat în parte în ficat, după cum se întâmplă în rezorbția gastro-intestinală (2).



AMBALAJE:

Picături de Progynon
2 mg în 20 cc.

Picături de Progynon forte
15 mg în 20 cc.

Biblioteca Județeană ASTRA



21004P

SCHERING A.G. BERLIN

Coderș, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive mla-
diilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-
operator, în stările de epuizare, în conva-
lescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. .

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii: 0,05/1 cmc. — cutia cu 10 fiole
" 0,10/2 " — " " 5 "
" 0,50/5 " — " " 3 "
Tablete: 0,05 tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii: 0,005/1 cmc. — cutia cu 3 fiole
" 0,005/1 " — " " 6 "
" 0,025/1 " — " " 3 "
Tablete: 0,003 tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii: 10.000 .U. I. cutia cu 3 fiole 1 cmc.
" 10.000 .U. I. " " 6 " 1 "
" 50.000 .U. I. " " 3 " 2 "

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 TELEFON: 4-22-44

Dolantin

Analgeticul și spasmoliticul cu efect sigur

Întrunește în el **proprietăți spasmolitice** neîntrecute cu o puternică **acțiune analgetică** fiind bine tolerat în spasmele musculaturei netede, în colici și în cele mai variate stări dureroase, chiar de forma cea mai gravă.

Tablete: Tuburi de 10, 20 și 250 bucăți de 0,025 gr.

Soluție: Cutii cu 5, 25 și 100 fiole de 2 cmc.

Supozitoare: Cutii cu 5 și 25 bucăți.

Picături: Flacoane cu 10 cmc.

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S. A. R., București I, strada Brezoianu 53, Tel. 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

— SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Lecțiunea inaugurală a Prof. Dr. Marius Hângănuț, titularul catedrei de balneologie și dietetică Pag. 1

Revistă generală:

Dr. I. Jovin: Progrese și perspective în radioterapia tumorilor " 8

Articole științifice:

Dr. Petre Bruda: Considerațiuni clinice asupra două cazuri de abces pararenal vindecate prin
tratament conservativ " 13

P. Radu și A. Jecu: Un caz de chist hidatic pulmonar primitiv simetric " 15

Conf. Dr. I. Gavrilă: Flebitele în febra tifoidă " 17

Medicină de războiu:

Med. Lt. Rez. Dr. St. Gârbea și Med. Slt. rez. Dr. Oct. Musta: Considerațiuni asupra im-
portanței oto-rino-laringologiei în urgența chirurgiei de războiu " 19

Probleme terapeutice:

Dr. Scurtu Alexe și Dr. Benchea Veturia: Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive
estivale în mediul rural și urban cu sulfatiazol și sulfapiridină " 23

Dr. Filip Păunescu: Cu privire la bolnavii de turbare " 25

Societăți medicale " 26

Societatea Științelor Medicale din Cluj-Sibiu

Revista cărților: " 44

Tratat de medicină socială. — Medicina socială ca știință. — Eugenia. — Demografia, de Prof.
Dr. G. Banu. — Electrocardiograma, de I. Cotaiescu. — Sifilisul. Heredo-sifilis la copii,
— Scarlatina în România (1879—1943), — Centrul de Medicină preventivă în Casa Națio-
nală a Asigurărilor Sociale, de Dr. Mihai Zavergiu-Teodoru. — Drumuri noi în diagnosticul
și terapia sifilisului, de A. Rottman. — Probleme din medicina modernă, de Dr. Curt Adam.

Revista revistelor " 46

Note și informațiuni: " 48

Decrete, — Deciziuni.



NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Lecțiunea inaugurală

a Prof. Dr. Marius Hângănuț, titularul catedrei de balneologie și dietetică,
ținută în 21 Noembrie 1942.

Cuvântul Domnului Decan

*Domnule Rector,
Domnilor colegi,
Doamnelor și Domnilor,*

Cu multă bucurie prezint azi ca profesor titular la catedra de Balneologie pe unul din cel mai distinși elevi ai noștri, pe d-l Dr. Marius Hângănuț. Domnia-Sa face parte din același falangă tânără și entuziastă, care alături de profesorii din 1919 a contribuit efectiv la organizarea facultății de medicină din Cluj, și la bunul ei renume. Domnul Profesor Marius Hângănuț și-a făcut ucenicia într'un reputat atelier, acel al profesorului Iuliu Hațieganu. Domnia Sa a abordat toate problemele clinice și terapeutice pe care medicina modernă le impune unui cercetător, le-a abordat cu entuziasmul omului de știință, le-a abordat cu pasiunea omului de bine. Așa că la calificarea de conștientos cărturar Domnia Sa a adăugat și pe cea de emerit medic. Niciuna din disciplinele inerente vastului câmp al medicinei interne nu l-a rămas străină; lucrările sale ating extremele; pe de o parte laboratorul, pe de cealaltă parte radiologia. Nici nu se putea o alegere mai fericită pentru catedra de Balneologie, decât a profesorului Hângănuț, fiindcă aceasta catedră în afară de însușirile clinicianului pretinde și spiritul vesel născut și vesel înscoditor al terapeutului. Și Domnia Sa a fost din belșug înzestrat cu darurile necesare unui adevărat conducător modern de clinică.

Domnule Coleg,

O grea sarcină apasă asupra Domniei voastre. Aveți de onorat atât gîrul facultății, cât și cel al maeștrului Dumneivoastră, Profesorul Hațieganu. Mai mult aveți obligația să duceți mai departe strălucirea cu care predecesorul D-Voastră, Prof. Sturza a ilustrat aceasta

catedră. Suntem convinși de destoinicia Domniei Voastre. Vă mai trebuie un ajutor. Cel al împrejurărilor favorabile. Vă doresc din inimă ca soarta să Vă fie totdeauna favorabilă întru evidențierea meritorilor D-Voastră însușiri, pentru binele învățămîntului medical și strălucirea facultății noastre clujene.

Domnule Rector, Domnule Decan, Domnilor Profesori, Iubiți Studenți și Studente,

În clipa aceasta când mă găsesc pentru prima dată în fața Domniilor Voastre în calitate de titular al acestei catedre am senzația turistului, care ajuns în vârful unui munte aruncă o privire asupra drumului parcurs. Acest drum a fost lung — s-au împlinit 24 de ani chiar în săptămîna aceasta de când am plecat la drum — și a fost semănat cu o mulțime de *obstacole* peste care am putut trece numai grație aceloră, care m-au ajutat să le înving. Primul dintre aceștia, memoria cărui trebuie să consacru câteva clipe, este tatăl meu, Dr.-ul Nicolae Hângănuț, medic de circumscripție, apoi medic județean, în splendida Valea Bărgăului a cărei frumusețe este azi pângărită de același carl nu sunt băștinași pe acele plajuri și sunt sigur că nici nu vor deveni. Crescut în școala vieneză a marilor reformatori a medicinei, a lui Skoda, Rokkanskî, Billroth și alții, tatăl meu a fost cel dintîi care m'a făcut să îndrăgesc această profesie nobilă a medicinei. Dănsul a fost cel dintîi care mi-a demonstrat de nenumărate ori că știința medicinei trebuie să o ridice la o adevărată artă și să se consacre cu totul ei, pentru a o putea venera așa după cum trebuie. Fiindcă nu pot să-l consider, decât un *artist în ale medicinei* pe acel medic de circumscripție, care înainte cu 50 de ani, cu mijloacele rudimentare de atunci a amputat singur un braț gangrenos, făcând în același timp și pe narcotizor și pe operator. Așa putea să evoc multe din faptele sale care l-au dus

faimă și care la trecerea la pensie după 44 de ani de muncă neîntreruptă pusă în slujba neamului său drag, au fost răsplătite cu discursuri oficiale și neoficiale dintre care cel mai original a fost cel rostit în numele clienților care în totdeauna au uitat să-și achite onorariul medical! *Conduita sa profesională de înaltă concepție morală* a avut o mare înrăurire asupra mea. Sprijinul său moral și material revărsat cu multă dragoste și largă generozitate asupra mea, mi-a făcut posibil să îmbrățșez această carieră. Mă închin în fața memoriei Sale și îl cer iertare că nu l-am îndeplinit dorința de a-l continua opera pe aceleași platurile atunci, când va închide ochii pentru totdeauna. Dar *orizontul unei Români-Mari* mi-a îndreptat pașii în altă parte.

În cursul anilor de studiu petrecuți la universitate străină, de asemenea în cursul studiilor mele de specialitate am avut mulți maștrii, care au lăsat urme adânci în sufletul și cugetul meu. Toți aceștia însă sunt eclipsați de înrăurirea ce a avut asupra mea adevăratul meu maștru, *Profesorul Hațieganu*. Domnului Sale îl datorez totul, *formarea mea ca și clinician, specializarea în diferitele ramuri ale clinicei medicale și imboldul pentru cercetări științifice*. Domnului Sale îl datorez de asemenea că mă găsesc azi în fața D-voastră în calitate de profesor; pentru toate acestea îl rog să primească toată grațitudinea și tot devotamentul meu.

Era într-o zi de toamnă a anului 1919, an memorabil în analele Universității noastre, când medic tânăr, voluntar în armata română a cărei uniformă o purtam cu multă mândrie, am pășit în cabinetul primului decan al facultății de medicină a Dactei Superioare. Bănuștii cine era acel decan, era d-l Prof. Hațieganu. Această zi a fost *decisivă* pentru mine. În ziua aceea am devenit preparator al clinicei medicale, pentru ca în urmă să ajung asistent, iar în ultimii 14 ani, să ocup postul de șef de lucrări ale aceleiași clinici. *Au fost 22 de ani de ucenicie, ani grei, care însă m'au colit. Calda atmosferă științifică* ce a domnit și va domni întotdeauna în jurul maștrului meu, m'a ajutat să trec și cele mai *grele probe*, la care nu odată am fost supus de către D-S.. Și și această ultimă probă la care mă supune acum, când mă lasă să plec, când în aparență mă despart de D-Sa, nu este decât o foarte grea însărcinare. Pentru că Domnilor, este greu să devii urmaș al Profesorului Sturza. Personalitatea științifică a D-Sale s'a impus mai întâi în străinătate, pentru ca apoi să ajungă să fie respectată în țară. Organizarea Clinicei Balneologice, ridicarea ei la un nivel respectat de toată lumea, se datorește numai muncii și priceperii savantului Prof. Sturza. Din partea mea nu pot să-l promit altceva, decât, că mă voi năzuia din toate puterile mele să întregesc focul sacru aprins de D-Sa în această clinică. Sper și rog pe bunul Dumnezeu să-mi ajute să-l fiu un demn urmaș.

Încă un cuvânt de respectuoase mulțumiri Domnului Decan, pentru cuvintele atât de încurajatoare și elogiase ce mi le-a adresat; aceleași sentimente le exprim și d-lor Profesori, care mi-au întocmit raportul de chemare la această catedră. Onor. Consiliu Profesorial, care a binevoit să-mi dea votul în unanimitate și asigur de toată grațitudinea și stima mea.

Așa fi îngrat, dacă nu m'aș gândi în această ocazie solemnă și la scumpa mea soție, care a îndurat și îndură senin și delicat soarta bine cunoscută a soțiilor de medici de-a se acomoda la vleața noastră cu atât de multiple obligațiuni.

Domnilor, Balneologia cu multiplele ei ramuri dintre care în primul loc trebuie să amintim fizioterapija, dietetica și climatologia, ocupă azi un loc de frunte în medicină. Această poziție și-a câștigat-o datorită dezvoltării ce a luat-o în ultimii 40—50 ani, de când părăsind baza empirică, care i-a servit drept temelie timp de secole, a devenit o ramură a medicinei științifice. Azi Balneologia este o disciplină care are foarte strânse legături cu cele mai variate domenii ale științei, cum sunt: geologia, geofizica, fizico-chimia, biologia, farmacologia, medicina experimentală și în sfârșit, dar nu în ultimul loc, cu clinica. Descoperirile științifice pozitive ale acestora sunt astăzi toate în slujba ei. Astfel Balneologia modernă înnădându-și locul între biologie și științele naturale pe de o parte, precum și între medicina curativă bazată pe cercetări și observații clinice și medicina curativă cu agenți naturali, a ajuns să nu mai fie tratată cu indiferență sau chiar cu dispreț, ci să fie respectată, apelându-se la serviciile marilor ce le aduce celor suferinzi. Și este firesc să fie așa, deoarece disciplina noastră este una dintre cele mai vechi științe a cărei rădăcini se pot urmări până în timpurile preistorice. Omul întotdeauna a fost preocupat de fenomenele naturii ce se petrec în jurul său, de apă și soare, îndreptându-se spre acești „agenți naturali” cum îl numim în balneologie, cu venerație sau frică ca și de ceva supranatural, divin, dar în același timp și cu încredere. Deci Credința a fost aceea care a îndreptat omenirea mai întâi spre izvoarele minerale, iar puterea vindecătoare a apelor a fost considerată ca și emanând dela duhul apelor (Brunnengelst). Treptat, prin experiențe și observații, adică *empiric* s'a dezvoltat apoi o *practică terapeutică* — fără a-l putea zice încă știință în înțelesul de astăzi a cuvântului. Nu trebuie însă să desprețuim această epocă, fiindcă marile descoperiri științifice a timpurilor ce au urmat, au confirmat o mulțime din considerațiunile făcute pe bază pur empirică. Astfel tratamentul cu agenți naturali se dezvoltă și răspândește tot mai mult spre binele omenirii suferinzi. *Cercetări științifice* făcute în acest domeniu *confirmă cu probe indiscutabile această evoluție a disciplinei noastre*. Voi face câteva considerațiuni

succinte asupra acestora, ele fiind interesante și prin faptul că au fost găsite și pe teritoriul locuit de noi, constituind astfel nu numai dovezi științifice de specialitate ci și o dovadă în plus asupra continuității noastre în Transilvania.

Am spus că rădăcinile balneologiei se înfig până în cele mai vechi timpuri și într'adevăr dacă cercetăm istoria antică în această privință confruntându-o și cu dovezile arheologice ale acelor vremi, rămânem ulmiți de vastele cunoștințe balneologice și organizarea desăvârșită a vieții balneare la greci și la romani. În scrierile lui Hippocrate și Herodot, acești mari contemporani, care au trăit cu 450 ani î. Ch. găsim deja formulate cunoștințe temeinice de specialitate asupra curei balneare și a celei climatice, de asemenea principi care persistă și azi. Herodot indică în cele mai mici detalii cum trebuie urmată o cură, de asemenea precizează și durata ei în 3 săptămâni, vedem deci, că această durată de 21 de zile a unei cure balneare, durată care este respectată și astăzi, este de asemenea o remîncență — de altcum întemeiată — din antichitate.

Scolile de medicină întemeiate în insulele Archipelagului grecesc de către elevii lui Hippocrate, răspândesc știința medicală până în Roma antică. Aci termalismul ajunge la o adevărată înflorire. Termele romane, a căror urme bine conservate le putem vizita și astăzi, erau adevărate institute fizioterapeutice, având cele mai complete și rafinate instalații de hidroterapie. Marele naturalist Plinius mort la 79 d. Ch. cu ocazia erupției Vezuviului — ne-a lăsat în opera sa constatătoare din 37 volume, dovezi, că romanii cunoșteau nu numai aplicațiunea externă a apelor minerale, ci și indicațiunile medicale pentru cura internă, de asemenea și tratamentul cu nămol și cu plante medicinale. Plinius spune într'un loc că „romanii timp de 600 ani n'au cunoscut alt medic decât băile lor”.

Aceste date istoriografice sunt susținute de dovezile arheologice de pe întreg Imperiul Roman de odinioară. Legiunile romane odată cu înaintarea lor răspândeau pe lângă civilizația latină și obiceiurile și moravurile lor, și întru cât pe teritoriul Imperiului Roman de odinioară au întâlnit în calea lor o mulțime de izvoare termale, și-au stabilit castele lor cu preferință în aceste regiuni, ridicându-le la o cultură înfloritoare. Săpăturile arheologice făcute în aceste stațiuni termale au scos la iveală reliquii, care constituie tot atâtea dovezi a termalismului dezvoltat la romani. Au fost descoperite bazine, piscine, instalații de captare, conducte făcute cu o tehnică așa de desăvârșită, încât ele servesc și astăzi scopul lor. Diferitele obiecte, statui, dintre care celebra statuie de bronz „Le buveur de Vichy” ce se găsește în Louvre, monete, table și pietre comemorative cu inscripții de mulțumire sunt tot atâtea dovezi de eficacitatea acestor stațiuni balneare.

Amintim numai câteva din aceste stațiuni, care pe timpul romanilor erau tot așa de înfloritoare ca și astăzi:

Aquae Sextias	= Aix en Provence
„ Calidae	= Vichy
„ Solis	= Bath
„ Aurellae	= Baden-Baden
„ Pannonicae	= Baden bei Wien

În Transilvania și Banat, în Dacia de odinioară avem dovezi arheologice despre existența următoarelor stațiuni pe timpul romanilor:

Băile Herculan, legiunile romane stabilindu-se în localitatea ad Mediam, Mehadia de astăzi, au descoperit și izvoarele termale din apropiere, pe care le-au numit *Thermae Herculis*, sau *ad aquas Herculi sacras*. Urmele bazinei făcut din mortar (ciment) sunt și azi bine conservate, iar multiplele inscripții ridicate drept mulțumire de către cei ce s'au vindecat aci, dovedesc că această stațiune era mult frecventată și de către persoane oficiale cu vază. Mulțumirile sunt adresate de obicei lui *Hercules*, considerat ca „Salutifer”, adică aducător de sănătate. Dar au fost găsite și inscripții dedicate lui Aesculap și (Hygiei).

Inscripții similare au fost găsite la Toplița, Călan (Plăta cu inscripția *Genio pagi aquensis* se găsește în altarul bisericii române din Călan). Geoagiu, Germisara de odinioară, nu *Thermae Dodonae*, numire modernă greșită, bazată pe lectura falsă a numelui Diod.

Este interesant și semnificativ că în toate stațiunile amintite se găsesc izvoare termale, o dovadă în plus interesului ce-l aveau romanii pentru apele termale.

În caz când interese militare și administrative obligau legiunile să-și stabilească reședința și castele în regiuni unde nu găseau izvoare termale, instalau imediat băi pe care le numeau *Balneae*. Urmele unor astfel de clădiri se găsesc la noi în Sarmisegetuza, Apulum, Drobeta și pe lângă castelele militare din Brețcu, Ilișua (pe Someș) Porolissum (Moigrad) Plugova, Micia, etc.

Este foarte verosimil că izvoarele termale au fost utilizate și înainte de epoca romană de către populația dacică autohtonă, nu avem însă dovezi despre aceasta, precum nu avem dovezi nici despre întrebunțarea băilor sărate dela Ocna Sibiului, Ocna-Mureșului, Căjocna, etc.

Toate splendorile înfăptuirii ale romanilor în domeniul termalismului au dispărut sub intemperile și evenimentele care s'au succedat și care au dus la desagregarea Imperiului Roman. Cultul balnear de odinioară ajunge într'o fază de decadență, care mai ales în evul mediu sub influența obiceiurilor, a modei și a ideilor preconceptuate atinge treapta cea mai joasă. Ordurile religioase care își stabilesc reședința în stațiuni termale, astfel Capușni la Baden și Aachen, Benedictinii la Caunterets, Celestini la Vichy, de asemenea subvențio-

narea stațiunilor din partea unor nobili și case domnitore, precum și încercările științifice din partea unor medici (Paracelsus) sunt tot atâtea încercări zadarnice de a readuce cultul balnear la înflorirea de odinioară. Au trebuit să urmeze *marile descoperiri științifice în domeniul chimiei și a fizicii* ca să se refacă din temelie și de această dată mult mai mareș templul balnear.

Descoperirile fundamentale în domeniul chimiei și a fizicii au fost făcute către finele veacului al XIX-lea și la începutul veacului nostru. Aceste descoperiri au avut o influență deosebită asupra dezvoltării balneologiei, a fizioterapiei și climatologiei ele constituind baza științifică a disciplinei noastre. Sub influența chimiei și a fizicii balneologia a luat o dezvoltare deosebită, dovadă diferitele compartimente ce au luat treptat ființă în cadrul disciplinei fundamentale. Aceste ramuri sunt știința despre *nămoluri hidro-helio-foto* și *electroterapie*, *masajul*, și *mecanoterapia*, apoi tratamentul cu raze *X* și *radii*, ultimile două luând o dezvoltare așa de amplă, încât au devenit discipline complet independente.

Grație cercetărilor în domeniul chimiei și a spectrochimiei avem azi o *clasificare a apelor minerale*. Această clasificare chimică a apelor minerale deși nu este una ideală se menține totuși și astăzi, fiind justificată prin faptul că este o clasificare științifică, bazată pe cea mai *constantă proprietate* a apelor minerale, a *compoziției chimice*. Analiza chimică ne-a lămurit asupra *elementelor constitutive* ale apelor minerale și asupra *raportului ce există între acestea*. Era firesc deci că în acest timp mecanismul de acțiune a apelor minerale să fie explicat în baza proprietăților lor chimice, deși Alibert afirma deja în 1823 că „chimia este pentru apele minerale ceea ce este anatomia pentru corpul omenesc, ea nu va ști să descopere totul, fiziologia apelor este aceea care trebuie aprofundată, apele trebuiesc studiate în stare de viață și acțiune. Este exact ceea ce se pretinde azi în era experimentală a balneologiei adică, apele minerale să fie studiate la izvor în sensul concepției lui Landouzy care spune: „*Les eaux minérales sont vivants, et c'est près du griffon qu'on doit aller les étudier*“.

Cercetări clinice și experimentale au smuls rând pe rând *tainele apelor minerale*. S'a constatat rolul deosebit ce-l are *concentrația moleculară*, care determină procesul de *osmoză* atât de important în mecanismul acțiunii apelor minerale, de asemenea și rolul covârșitor al *pH-ului* și a *stării coloidale* în desfășurarea și reglarea diferitelor procese biologice. Dar cu tot progresul chimiei rămăneau încă o mulțime de *chestiuni nelămurite*, mai ales nu se putea explica efectul biologic al unor ape minerale, efect ce nu cadra deloc cu compoziția chimică a lor. Mă refer printre altele, la acțiunea apelor *oligo-mineralizate*, acțiune ce nu poate fi

explicată numai prin compoziția chimică. Aci a intervenit apoi fizica și chimia fizică, care prin descoperirile făcute asupra *disociației hidro-electrice*, a *conductibilității electrice*, a *tensiunii superficiale a lichidelor*, a *puterii catalitice* a unor metale, dar în deosebi descoperirile din domeniul *radioactivității* au demonstrat că *acțiunea apelor minerale nu este datorită numai prezenței substanțelor dizolvate, ci este o acțiune mult mai complexă, iar mecanismul acestei acțiuni este determinat de proprietățile fizico-chimice ale apelor minerale*. Și este firesc să fie așa, doar știu că desfășurarea proceselor biologice este supusă unor *legi fizico-chimice* azi bine cunoscute, rezultând de aci, că nu vom putea interveni în desfășurarea lor, decât operând în baza aceluiași legi. *Administrând de exemplu o apă minerală hiper sau ipotona se va schimba regimul de presiune osmotică normală a organismului*, și se produce o perturbare în echilibrul celular. Dacă această perturbare se face brusc și cu intensitate, putem avea consecințe grave în sensul unui *șoc coloido-clasic*, dacă însă apa hiper sau ipotona se va administra potrlvit, vom obține efectul terapeutic dorit, adică purgățile în cazul când administrăm o apă hipertona și diureză printr-o apă minerală izo- sau ipotona. Am putea continua aceste exemplificări asupra acțiunii complexe a apelor minerale, nu este însă locul să o facem aci. Vom sublinia numai faptul că *există și ape minerale, care acționează numai prin proprietățile lor fizice, cum sunt apele radioactive*. Datorit acestor însușiri *acțiunea pe care o provoacă apele radioactive în organism, diferă fundamental de cea a apelor minerale obișnuite*. Apele minerale obișnuite acționează prin *elementele lor dizolvate*, elemente care sunt *identice* cu acelea din care se compune organismul, acțiunea lor se va manifesta deci printr-o *potențare a reacțiunilor celulare normale*. Apele radioactive în schimb, introducând în organism o *energie radiantă* exogenă, străină organismului, aceasta va determina pe lângă o *reacțiune generală* și una *specifică* din partea unor organe cu o afinitate sau sensibilitate deosebită față de energia radiantă. Astfel reacțiunea celulară provocată de radioactivitate va diferi de reacțiunea celulară obișnuită. Efectul biologic general al substanțelor radioactive se îndreaptă în primul rând către țesuturile cu *celule bogate în cromatină* (măduva osoasă). Exclatarea exercitată asupra acestor țesuturi provoacă o *mobilizare* și o *modificare* numerică a celulelor sanghline ceea ce explică *efectul antiinflamator, antianafilactizant, și desensibilizant* a substanțelor radioactive, până când acțiunea generală nespecifică se traduce prin modificarea felului de reacțiune a organismului (Umstimmungstherapie).

Studiul proprietăților fizico-chimice ale apelor minerale a dus și la constatarea importantă care azi nu

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

POSOLOGIE: 1—2 fiole zilnic intramuscular
sau subcutanat.

În cazuri grave se pot face
4—5 fiole odată la interval
de 2—3 zile.

PREZENTARE: Cutii à 10 fiole à 2 cc.

Cooperativa
„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“
București, Calea Griviței 67 — Telefon 4.98.08

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de sodiu
Atropină metilbrom
Uleiuri eterice

Absorbant — Desinfectant intestinal — Laxativ
cu efect antispasmodic și colagog

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv grație efectului său colagog

In Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN SIROP

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe

Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare.

Desinfectant și recalcifiant pulmonar în tuberculoză, gripă, bronchite

SIROCALCIN „SAPIC“

SIROCALCIN CU EFEDRINĂ

SIROP CU GUST PLĂCUT

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

mai poate fi discutată, anume că o *cură hidrominerală* în adevăratul înțeles al cuvântului nu se poate face decât la izvor, deoarece cele mai multe dintre proprietățile fizicale: radioactivitatea, concentrația moleculară, acțiunea catalitică, acidul carbonic dizolvat, sărurile instabile etc., ale căror importanță capitală am cunoscut-o deja, se pierd prin transport. Apa minerală din apă vie devine apă moartă, iar efectul terapeutic nici nu se poate compara cu cel al apei la izvor.

Această influență covârșitoare ca și în balneologie a avut-o fizica în domeniul medicinei fizicale. *Medicina fizică* este după definiția lui Holzer, știința despre aplicarea legilor fizicale în medicină. Ea a evoluat în baza descoperirilor fundamentale din domeniul electricității ale lui Galvani, Volta și Faraday, iar avântul modern al fizioterapiei începe odată cu marile invenții și descoperiri ale lui Tesla, Röntgen, și soții Curie. Știm, că în 1893, Tesla construiește un transformator cu ajutorul cărui reușește să transforme curentul electric obținut într-un curent de mare frecvență și voltaj. Această invenție stă la baza construcției aparatelor de diatermie și unde scurte. În 1895 Röntgen descoperă razele X, iar soții Curie în 1898 radiumul. Aceste două descoperiri sunt baza unor noul științe, care azi sunt atât de vaste, încât formează o specialitate aparte, iar noi beneficiăm numai de roadele lor.

Fizioterapia este întrebuințarea agenților fizici în scop terapeutic. Energia fizică cu care operăm este energia calorică prin mijlocirea căreia acționează hidrotermo- și balneoterapia, energia radiantă (Lichtenergie) ce o utilizăm în actino-röntgen — și radiumterapie și în fine curenții electrici, galvanici, faradici, de înaltă frecvență, diatermie și razele ultracurte.

Fizioterapia este considerată azi în ceea ce privește acțiunea ei ca și o *excitoterapie percutană nespecifică* a cărei efect se aseamănă cu cel al *proteino-terapiei*, în sensul că și fizioterapia modifică felul de reacțiune al organismului. Fizioterapia acționează prin intermediul tegumentului, care este cel mai mare organ protector și de metabolism al nostru, care primește și prelucrează toate excitațiile vitale. Orice excitație a pielii prin mijloace fizioterapeutice, mărește esofilaxia adică activează funcțiunile biologice de apărare și vindecare a tegumentelor. Circulația este intensificată și se formează în țesuturi anticorpi și biohormoni, care prin circulația sanghină sporită își exercită acțiunea și în profunzime. Acțiunea în profunzime este favorizată de reflexul viscerocutan. Acțiunea complexă a fizioterapiei se compune deci din următoarele acțiuni singulare: *Iperemie, reflex viscerocutan, formarea de biohormoni* (istamina, acetilcolina etc.), *necrohormoni, produse nespecifice de desagregare albuminoidă și vitamine specifice*. Ar aduce prea departe dacă am trata în detaliu acțiunea acestor componente, ne vom mul-

țumi numai să subliniăm rolul, ce-l are *iperemia* în toate procesele vitale și în special în cele de vindecare. Prin aceea că modifică osmoza în țesuturi, pH-ul sanghin și provoacă formarea de substanțe tampon, tot atâtă factori care elimină cauza durerii inflamatorii, favorizează resorbția și contribuie astfel la vindecarea proceselor inflamatorii. Acțiunea biohormonilor asupra capilarelor arteriolelor și a anastomozelor arterovenozelor și importanța ce o au în tratamentul fizioterapeutic al bolilor de inimă, vase, reumatism, etc. este de asemenea bine cunoscută, iar rolul reflexului viscerocutan în mobilizarea masei sanghine în sensul teoriei lui Hauße este azi acceptat de toată lumea.

Fizioterapia, chiar prin faptul că este un tratament nespecific are indicații multiple în bolile cronice și în cele larvate, când prin activarea proceselor de apărare cu mijloace fizioterapeutice, vom putea modifica în bine desfășurarea proceselor vitale. Greutatea tratamentului constă numai în știința și arta de a alege procedurile de tratament și de a le aplica potrivit, deoarece în fizioterapie suntem obligați să ne orientăm mai mult după experiența clinică decât după indicații precise cum se întâmplă de obicei în tratamentul medicamentos. În acest sens în fizioterapie primează diagnosticul funcțional față de cel anatomic. În executarea tratamentului va trebui să ținem seamă pe lângă particularitățile tabloului clinic și de tipul constituțional al bolnavului, deoarece știm că indivizii reacționează diferit în raport cu constituția lor nu numai față de boli ci și față de tratament, deci tratamentul nu trebuie să fie schematizat, ci trebuie să fie adecvat bolii și tipului constituțional, aplicând bolnavilor astenici proceduri delicate, utilizând mai mult căldura pe lângă un regim alimentar ușor și tonifiant, în schimb indivizii picnici îl vor trata cu proceduri mai energice, întrebunțând ca excitant apa rece pe lângă un regim de carență.

Climatologia și climatoterapia își au rădăcinile de asemenea în cele mai îndepărtate vremuri. În evoluția acestor științe observăm aceleași trei perioade: cea antică, înfloritoare, datorită impresiunilor cunoștințe empirice ce le aveau Grecii și Romanii despre influința climelor asupra organismului. Urmează apoi era cunoscută de decadență a evului mediu și pe urmă era științifică, care începe cu tendința omenerii de a se întoarce la natură și culminează în fixarea principiilor fundamentale a climatoterapiei, bazate pe studierea științifică a tuturor factorilor fizicali ce constituie clima, anume studierea elementelor meteorologice, telurice și cosmice. Aceste noi cunoștințe demonstrează în mod evident influința climelor asupra diferitelor boli, astfel încât azi capitolul așa numitelor boli meteorotrope este bine cunoscut în medicină. Reumatismul, boală eminamente meteorotropă, îl întâlnim mai frecvent în regiuni a căror climă este umedă, rece, băntuită de vânturi și

cu schimbări brusce de temperatură, climă ce o întâlnim mai ales pe litoralul oceanic în spre nord. În consecință reumatismul este mai frecvent în Anglia, Danemarca, Norvegia, și Suedia și-l întâlnim mult mai rar sau lipsește complet în regiuni cu climat cald și uscat.

O altă dovadă evidentă despre influența climel asupra reumatismului constă în observația, că reumatismul este foarte rar în regiunea St. Ioachimstal, deși clima acestei regiuni este relativ umedă și rece. Aci însă factorul meteorologic este înfrunțat de factorul teluric al acestei regiuni, anume de atmosfera bogată în radiațiuni radioactive.

Răspândirea rachitismului este de asemenea o dovadă despre raportul ce există între climă și boală. Rachitismul îl întâlnim în regiuni lipsite de soare cum sunt mai ales orașele industriale și satele unde populația trăiește în condițiuni mizerabile. La munte rachitismul este foarte rar, aci, după observațiuni făcute de Pfandler în Elveția, îl întâlnim numai în văile adânci și și în acestea numai în așezările omenești situate pe panta de nord.

Dacă mai amintim acțiunea curativă specifică a unor regiuni cu atmosferă săracă în iod (Tatră, Silezia, la noi probabil Stâna de Vale) asupra Basedowului sau impulsul spre vindecare a unei simple schimbări de climă (Klimastoss) cum se observă în coriză sau în astm, credem a fi exemplificat în deajuns că, climatoterapia modernă constituie un adjuvant important a teraputicelor și în special a Balneologiei de care întotdeauna trebuie să ținem seamă. Nu mai puțin important este rolul ei profilactic, mai ales azi, când toți suntem obligați a duce o viață atât de agitată fără a ne putea permite o relaxare suficientă. Pentru a ilustra importanța ce se atribuie azi climatoterapiei, vom cita următoarele citate din literatură. Arnozan, un distins climatolog spune: „Clima reprezintă suma și sinteza teraputicelor prin agenții fizici”.

V. Bergmann marele clinician când vorbește despre Brehmer, preconizatorul terapiei climatice în tuberculoză spune: „Weder das tuberkulöse Granulom als Tuberkelkötchen, noch die Entdeckung des Tuberkelbazillus hat die Phthisiotherapie so sehr gefördert wie die unspezifische Behandlung durch Freiluftkuren und Diätbehandlung”, iar ca să citez și un laic vom cita pe scriitorul Michelet care spune: La fleur humaine est de toutes les fleurs, celle qui a le plus besoin de soleil”.

Ar fi deci o mare greșală dacă nu am ține seamă de acțiunea curativă a climel, mai ales, că țara noastră, prin poziția ei geografică, are o climă foarte variată și cu multiple posibilități climatoterapeutice. Clima României se caracterizează printr-un climat continental temperat, unul de stepă, și în urmă printr-un climat mediteranean. În cadrul acestor clieme, datorită poziției,

altitudinii și vegetației diferitelor regiuni avem și regiuni cu climă maritimă, de șes, alpină și sub alpină, ce ne dau posibilitatea rară de-a putea beneficia, într-un spațiu relativ restrâns, de acțiunea curativă a tuturor acestor clieme. Întâlnind la noi adesea stațiuni cu ape minerale cu acțiune similară, însă situate în climăte ce diferă, vom îndruma bolnavul întotdeauna în stațiunea cu climatul cel mai adecvat constituției sale pentru a beneficia astfel cât mai mult posibil de cura balneoclimatică.

Orice tratament trebuie susținut printr-un regim alimentar adecvat afecțiunii de care suferă bolnavul. Vom acorda deci întotdeauna atențiunea cuvenită *dietației*. Împrejurările actuale în care e nevoită să funcționeze Clinica noastră nu ne permit să ne ocupăm de această parte a teraputicelor așa cum am dori. Totuși nu vom neglija-o, întrucât fiindcă la noi problema alimentației nu este o problemă ce interesează numai individul bolnav ci ea este în același timp și una națională sau după cum spune d-l Prof. Hațieganu, „este o chestiune de a fi ori a nu fi”.

Alimentația țaranului nostru, știm, că este cantitativ insuficientă, iar calitativ lasă foarte mult de dorit, fapt ce se resfrânge și asupra colectivității, diminuând în mare măsură puterea de rezistență față de boli și față de greutățile vieții. Toți acești factori macină zi cu zi rezervele regeneratoare ale națiunii. Va fi deci una din îndatoririle principale ale medicului de a contribui la înlăturarea acestor păguri sociale.

Astfel privind chestiunea, trebuie să cunoaștem mai întâi principiile nutritive fundamentale ale unui regim alimentar obișnuit, ocupându-ne în urmă de modificările ce se impun alimentației unui bolnav. Principiile alimentare fundamentale sunt: hidrocarbații, grăsimile și proteinele. Ele rămân în fond aceleași, pretutindeni, numai felul și forma sub care se consumă alimentele diferă după cum avem de a face cu o țară sau o regiune cu un caracter industrial sau unul agricol. În țările industriale regimul este de obicei mai substanțial și se compune mai ales din carne, făinoase, cartofi, zahăr, lapte și derivatele acestuia. Regimul alimentar în țările eminent agricole este un regim mai voluminos, constând în deosebi în cereale, cartofi, leguminoase, lapte, unt și untură.

Alături de principiile alimentare energetice — hidrocarbați și grăsimi — care furnizează energia potențială necesară funcțiunilor vitale și cele plastice sau protectoare — a bunelor animale, legume verzi, — care repară uzura țesuturilor și asigură creșterea, alimentația mai trebuie să conțină și așa numiții principii alimentari accesorii sau esențiali adică vitamine și substanțe minerale. Cercetările ultimilor ani au arătat importanța covârșitoare a acestora în desfășurarea tuturor proceselor biologice. Acțiunea vitaminelor este catalizatoare

existând în același timp și o corelație funcțională cu diferiți hormoni și fermenți. Un regim sărac sau lipsit în vitamine provoacă turburări grave de nutriție cunoscute sub numirea de ipo- și avitaminose.

În desfășurarea proceselor biologice și morfogenetice *substanțele minerale* (calciu, sodiu, potasiu, magneziu, clor, fier, sulf, iod, etc.) au de asemenea un rol important. Ele sunt considerate ca și substanțe plastice, de construcție, a celulelor, figurând în deosebi și în menținerea presiunii osmotice (NaCl) și a echilibrului acidobazic, care stau la baza tuturor schimburilor de materii.

Alimentele conțin principii fundamentale și accesorii în cantități ce variază foarte mult. De aceea când întocmim un regim alimentar fie unul sănătos, fie unul bolnav, trebuie să-l compunem astfel, încât să corespundă nu numai nevoilor fiziologice, ci și stărilor momentane în care se găsește individul. Știm, că există anumite stări, care reclamă în exces unele principii alimentare. Astfel de ex. nevoia de calciu va fi mai mare la tineri în dezvoltare, în sarcină, în timpul alăptării, etc. Iar nevoia în vitamine este foarte mult accentuată în eforturi fizice mari, în pubertate, dar mai ales în stări patologice, în deosebi în bolile febrile, în tireotoxicoze, etc.

Pe lângă aceste considerațiuni mai trebuie să avem în vedere și *pregătirea alimentelor* pentru a le face gustoase, ușor digeribile și a nu distruge valoarea lor biologică.

Dacă trebuie să respectăm aceste principii când întocmim un regim alimentar obișnuit, este natural, că le vom respecta și mai mult în compunerea alimentației bolnavilor. Principiile alimentare fundamentale rămân aceleași, însă le vom varia și modifica pentru a le face cât mai mult adecvate bolii respective. În general un regim alimentar pentru bolnavi trebuie să îndeplinească următoarele considerațiuni: 1. să fie *biologic complet*, adică să conțină substanțele minerale și vitaminele necesare bolnavului; 2. să fie *ușor digestibil*; și 3. să fie *antiflogistic* în sensul concepției lui Eppinger, adică să fie bogat în vitamine, să predomină în compoziția lui bazele și să fie sărac în sare. Un atare regim este regimul lacto-vegetarian.

Există și boli, mai ales cele de nutriție, care reclamă un regim special cum este regimul în diabet, regimul de crudități, regimul de post cu sucuri de

fructe și legume, regimul de îngrășare, slăbire, etc. care toate își au indicații speciale.

Din aceasta succintă schiță, impusă de timp, academic ce-mi stă la dispoziție, cred că rezultă în mod evident locul important cel ocupă disciplina noastră în medicină. Balneologia cu diferitele ei ramuri, privită prin prisma de sinteză ce predomină azi în medicină, nu mai poate fi considerată ca și o specialitate aparte, ci ea trebuie să se încadreze și să facă parte integrantă din medicina generală. Balneologia devine o specialitate numai prin faptul, că domeniul ei se extinde mereu și astfel este tot mai greu de stăpânit. Menirea noastră este de a ține pas cu progresul, de a ne ține la curent cu noile descoperiri și a transmite D-voastre într-o formă practică, tot ce va putea înmulți armele terapeutice de care aveți așa de mare nevoie. Pentru ca să puteți utiliza aceste arme nu e suficient să aveți numai cunoștințe de specialitate în ceea ce privește tehnica terapiei, ci trebuie să fiți înalți de toate buni clinicieni. Numai un clinician va putea ridica terapia la o artă a științei medicale. Iată de ce vom cita pe Maurice Villaret titularul catedrei de hidrologie medicală din Paris, care spune textual următoarele: „Pour enseigner l'hydrologie et la climatologie dans une faculté de médecine, il convient avant tout d'être un clinicien et un clinicien averti dans tout les branches de l'activité médicale”.

În sensul acesta privind disciplina noastră, lecțiunile noastre vor fi o expunere de noțiuni elementare de balneologie, dietetică și fizio-terapie și se vor menține într'un cadru strict clinic, pentru a urma principiul de armonizare a unei specialități în cadrul marilor discipline. În felul acesta sper, că lecțiunile noastre nu vor forma o sarcină în plus, ci vor constitui un aport real îmbogățindu-vă cunoștințele terapeutice. Noțiunile de Balneologie să le primiți cu drag și interes, ele trebuind să facă parte din cultura Dvs. medicală și dintr'un orgoliu național, fiind puține țări, care se pot mândri cu un patrimoniu balnear și climatic atât de bogat ca și țara noastră. În interiorul clinicei vom urmări cercetări științifice care preocupă specialitatea noastră, cercetări pentru care bogatele resurse balneologice ale țării noastre ne oferă prilej din belșug. Astfel doresc a servi cauza balneologiei și a-mi îndeplini obligațiunile profesionale.

Progrese și perspective în radioterapia tumorilor

de

Dr. I. Jovin

Conferențiar universitar

(Continuare din Nr. 12)

În tumorile medulare, uneori rezultatele sunt bune. Și aici însă se cere o extremă prudență în administrarea razelor, pentru a nu produce fenomene de hipertensiune intracranială.

Cancerul uterin

Dacă foarte multe din localizările discutate în expunerea noastră nu au decât un interes limitat pentru practicieni, ele fiind rare, cancerul uterin prezintă un interes imens prin aceea că 40% din toate cancerele femeii se localizează la uter. Nu există medic în practica generală care să nu fi fost pus de mai multe ori în fața unui cancer uterin cu obligația de a pune diagnostic și de a indica tratamentul cel mai adecuat. Problema se amplifică prin faptul că în tratamentul acestui cancer stau azi în concurență două metode: cea chirurgicală și cea radiologică. De această rivalitate care nu a fost întotdeauna în avantajul pacienților, s'a sesizat la timpul său și Societatea Naț. prin Subcomisia de cancer, care a stabilit în primul rând normele unei clasificări uniforme. Clasificarea, cunoscută sub numele de la Geneva, și care stabilește 4 categorii de cancer al colului uterin.

Gradul I. Leziunea este strict limitată la col. mobilitatea uterului păstrată.

Gradul II. Leziunea prezintă o propagare fie la unul sau mai multe funduri de sac vaginal, fie la porțiunea juxta-uterină a unei sau ambelor parametre, fie simultan în aceste două regiuni. Uterul păstrează încă un oarecare grad de mobilitate.

Gradul III. Există a) Infiltrație nodulară a unui sau ambelor parametre până la peretele pelvian cu mobilitate limitată a uterului; sau infiltrație masivă a unui parametru cu uter fixat; b) Infiltrație mai mult sau mai puțin superficială a celei mai mari porțiuni a peretelui vaginal, cu uter mobil; c) Una sau mai multe metastaze izolate în ganglionii basinelor cu o tumoare primitivă relativ mică; d) Una sau mai multe metastaze izolate vaginale în porțiunea inferioară a vaginului.

Gradul IV. Există: a) Infiltrație masivă a celor două parametre până la peretele pelvian; b) Cancerul a invadat rectul și vezica; c) Există o infiltrație a totalității vaginului cu canal vaginal rigid sau infiltrație numai pe o singură parte a peretelui vaginal pe toată lungimea, cu tumoarea fixată; d) Există metastaze la distanță.

Vedem că definiția grupului II și IV este mai precisă. De aceea s'a stabilit că în grupul III intră cazurile care nu aparțin grupelor II și IV.

Nu mai cine va avea prezente în memorie aceste categorii va putea să pună indicații terapeutice adecuate.

În cazurile din grupul I, zile și operabile, chirurgia și tratamentul radiologic dau rezultate sensibile egale. Compară între valoarea curativă a isterectomiei după Wertheim și metodele radioterapice, a dat naștere în fața Academiei de Medicină din Paris la o interesantă polemică între J. L. Faure și Cl. Regaud (C. R. Acad. Med., 1932, t. 107, No. 17.) Cu toată finețea dialectică a celor doi adversari, faptele și cifrele au învins, arătând că în cazurile de gradul I chirurgia și radioterapia pot figura cu drepturi egale.

Situația se schimbă când este vorba de cazuri din grupul II. Aici cea mai bună chirurgie nu obține decât 20% vindecări, pe când radioterapia dă 40%. Este deci de cea mai mare importanță pentru practician de a identifica cazurile din acest grup și a le îndruma nu spre chirurgie ci spre un centru de radioterapie specializat în cancer.

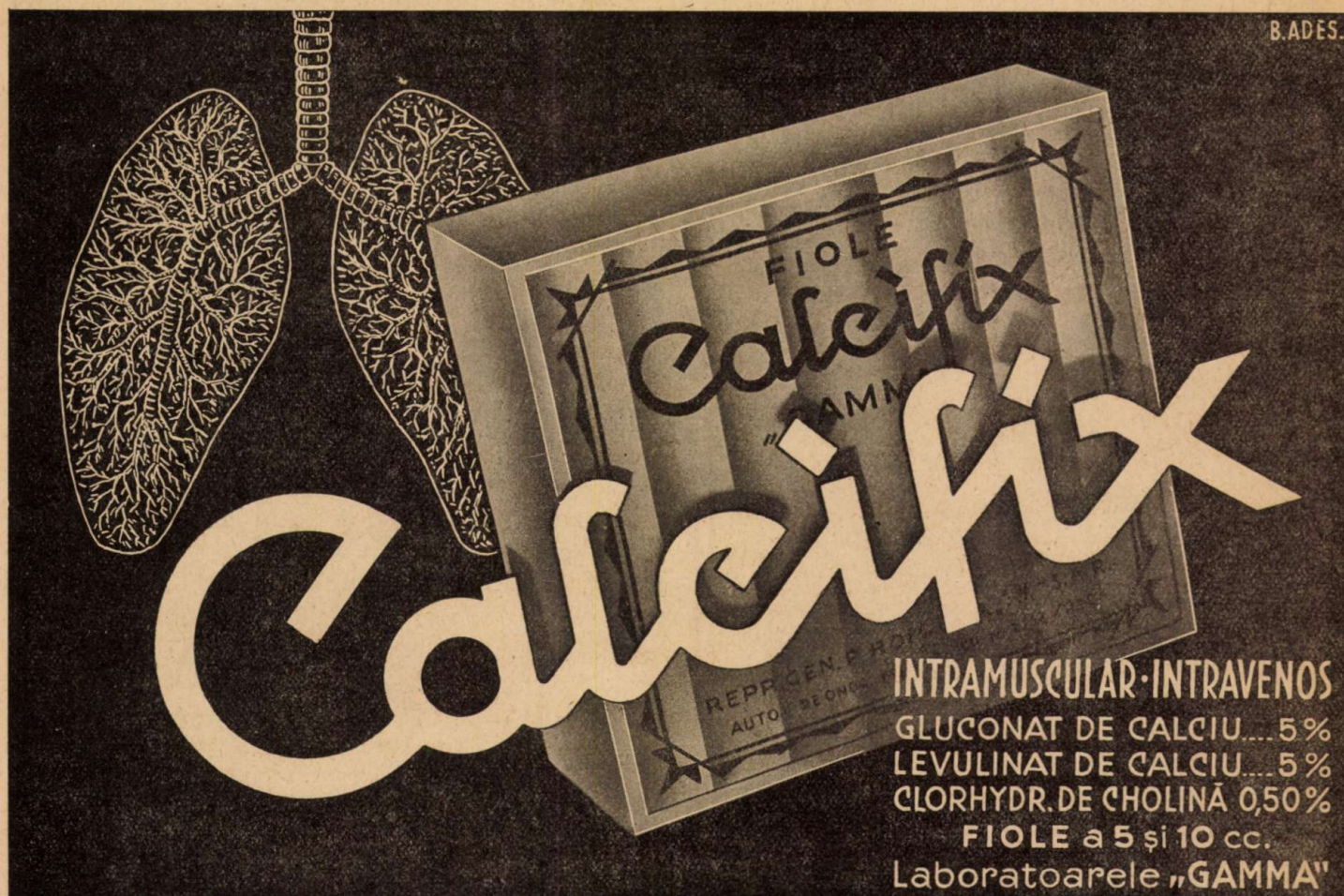
În cazurile din grupul III, inoperabile, altădată condamnate la injecții de morfină, radioterapia constituie un mare progres cu cifre de 15—20% vindecări definitive.

În grupul IV radioterapia nu dă decât rezultate paliative, activând asupra simptomelor, ca emoragia, durerile, etc. Vindecările sunt excepționale.

În recidivele postoperatorii singura metodă care poate veni în combinație este radioterapia. Nu toate recidivele și metastazele profită însă de pe urma acestui tratament. Recidivele localizate în fundul vaginului, având un aspect burjonant sunt cele mai favorabile. Ulcerațiile și infiltrațiile care se extind spre locul fostelor parametre reacționează mai puțin favorabil. Recidivele în ganglionii abdominali, sub forma de noduli sau mase izolate sunt net defavorabile.

Cancerul corpului uterin — este de obicei un epitelom cilindric, deci mai puțin radiosensibil decât cancerul colului, care aparține în 9/10 a cazurilor grupului de epitelom pavimentos. Este deci preferabil să recomandăm operația. În cazurile inoperabile fie din cauza extensiunii leziunii, fie din cauza unor tare ca diabet, boală de cord, etc., este bine de știut că radio-

B. ADÈS.



ULMARA „Gamma“

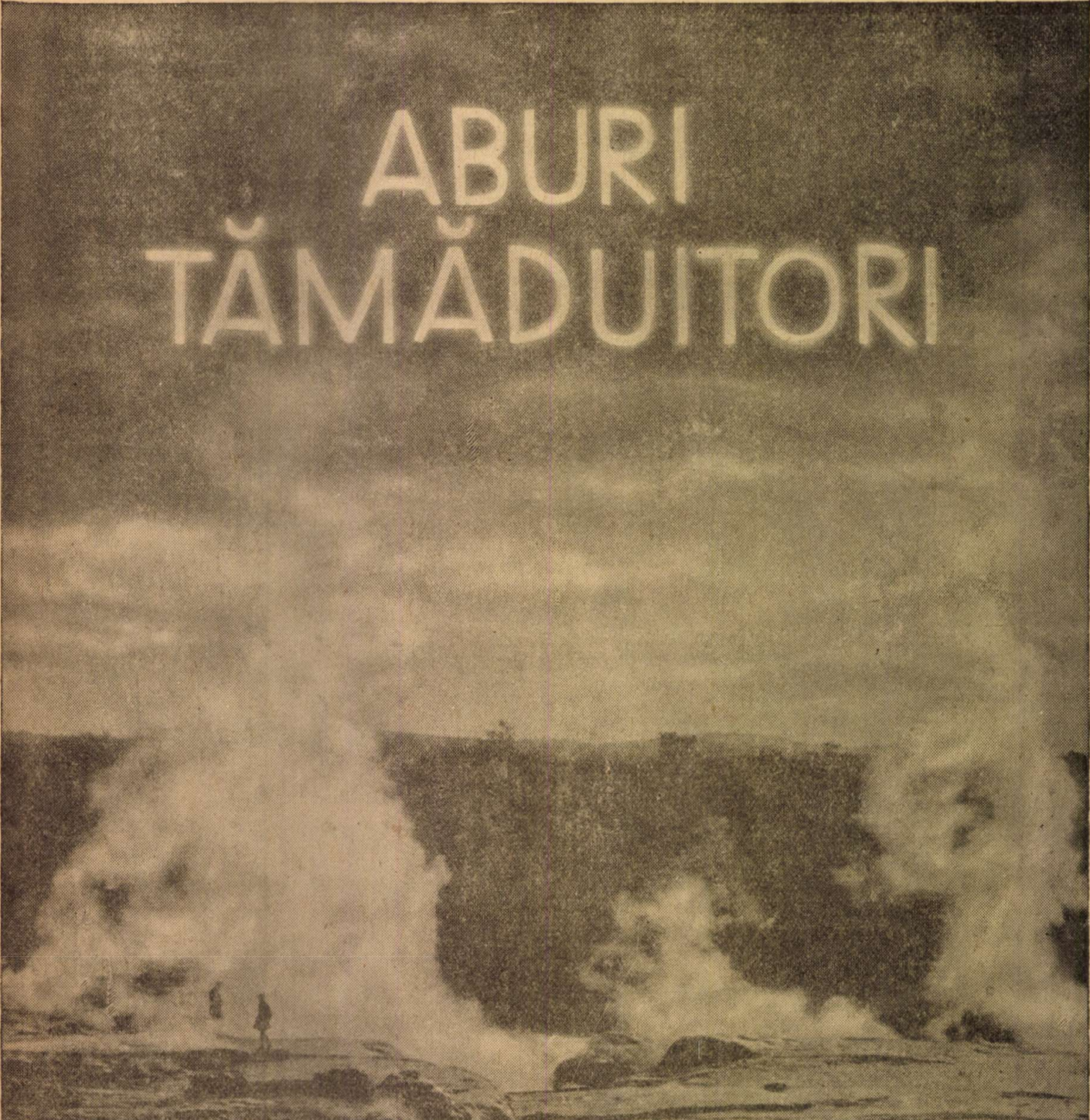
Frieștune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Reprezentanța pentru România: „S.I.F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

ABURI TĂMĂDUITORI



... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos-Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

terapia poate da rezultate curative foarte apreciable, cu alte cuvinte radlorezistența cancerului corpului uterin nu este absolută.

Cancerul vaginal, vulvar, uretral aparține radiologiei, care vindecă într-o proporție însemnată cancerul vaginal și vulvar chiar și mai extins. Cancerul uretral este mai puțin favorabil tratamentului. Adenopatia, inguinală frecventă și precoce în aceste localizări constituie un indice nefavorabil. În aceste cazuri nu mai putem spera un rezultat curativ decât excepțional, prin tratament combinat chirurgical, care ridică pachetul ganglionar și radioterapia postoperatorie.

Cancerul ovarian, foarte frecvent și el, rareori se operează la timp. Neoplasmul ovarian se ascunde foarte des sub masca unui chist benign și se operează cu acest diagnostic, care se menține uneori și după examenul histologic al plesel extirpate. Ce poate face radioterapia în cancerul ovarian primitiv neoperat? În formele chistice și papilomatoase, foarte puțin. Aici se recomandă operația chiar incompletă urmată de radioterapie. În formele solide, rezultatele sunt mai bune. În câteva cazuri ale mele radioterapia a făcut să dispară definitiv tumoarea.

Ce ne facem în recidivele posoperatorii, cu mase tumorale voluminoase? Radioterapia locală nu dă rezultate apreciable în asemenea cazuri. Noua metodă de iradiere totală sau parțială dela mare distanță ne-a dat în câteva cazuri rezultate satisfăcătoare cu supraviețuire de 3—4 ani, mare ameliorare a stării generale, îngrășare de 10—15 kg, dar niciodată vindecare definitivă.

Sarcoamele.

În ce privește *marele capitol al sarcoamelor și al limfosarcoamelor*, ele reacționează extrem de variabil la radioterapie. Avem aici o întreagă gamă de reacții: dela un efect foarte pronunțat în reticulosarcom, până la o radlorezistență aproape totală în sarcomul fibroblastic, ca și în celelalte sarcoame ale părților moi, ale țesutului musculo-conjunctiv, cum ar fi myo- și rhabdomyosarcomul.

Rezultate medii în ansamblu în sarcomul osos, adică în sarcomul osteogenic, care este veritabilul sarcom osos. Acest sarcom este de obicei radio-rezistent și radioterapia nu poate obține decât regresii foarte reduse. Autorii americani preconizează mai nou radioterapia preoperatorie în aceste sarcoame, plecând dela ideea că după asemenea iradieri amputația și chiar intervenția conservativă are mai multe șanse. Într-un caz s'a aplicat la clinica noastră radioterapia, urmată de o rezecție conservativă tip Juvara a extremității tibiale. Rezultatul care durează de 4 ani pare a confirma într-o câțiva aceste vederi ale Americanilor. Celelalte sarcoame osoase, care în realitate nu au nimic cu osul deoarece ele pleacă dela țesutul medular, iar osul nu face decât

să le adăpostească, ca mielomul, tumoarea lui Ewing, sunt mai sensibile. Destul de sensibil reacționează și tumoarea cu celule gigante, care însă în realitate este o tumoare benignă.

În ce privește limfogranulomul, radioterapia făcută cu doze suficiente duce la dispariția ganglionilor. Din nefericire însă, boala are o mare tendință la recidive. Recidivele succesive reacționează din ce în ce mai puțin favorabil la roentgenterapie. Am încercat și tele-roentgenterapia. Aceasta metodă a fost destul de viu criticată de unii autori, ca ducând la reacții generale foarte puternice în boala lui Hodgkin. Noi am reușit să punem la punct o tehnică de iradiere totală în limfogranulomatoza malignă, care ne-a dat toate satisfacțiile: regrestunea tumorii ganglionare și reacții generale foarte reduse.

...

Din înșirarea foarte fugitivă a posibilităților radioterapiei în localizările principale de cancer, reiese o mare inegalitate în ce privește judecarea rezultatelor. Această apreciere subiectivă adus la două concepții în fixarea indicațiilor în radioterapia cancerului.

Prima concepție reprezentată prin școala lui Regaud cere și pentru radioterapeut dreptul și chiar datorita de a se recuza pornind dela principiul de *primum non nocere*. După această concepție și radioterapia ca și chirurgia își are granițele bine trase azi și specialistul trebuie să fie în măsură a ști care sunt limitele posibilităților radioterapice. Cum este o gravă greșală profesională pentru un chirurg de a întreprinde o operație tip Wertheim într-un cancer uterin de gr. III, tot astfel trebuie considerată ca eroare radioterapia într-o adenopatie cervicală voluminoasă, exulcerată în care în orice moment poate surveni o emoragie mortală.

Cealaltă concepție mai puțin severă consideră că în fața unei boli atât de gravă ca neoplasmul malign, cu sfârșit letal sigur, radioterapia trebuie încercată cu toate riscurile. În sprijinul tezel lor partizanii acestor concepții citează vindecări quasi miraculoase survenite în cazuri considerate disperate și abandonate.

Trebuie să recunosc că majoritatea practicienilor din toate țările înclină spre concepția aceasta ultimă. La Viena am văzut un exitus pe masa de tratament. Mi s'a spus că acest lucru nu este tocmai rar acolo.

Ce spune experiența personală? Această experiență mi-a arătat că radioterapia nu poate fi asimilată întru toate cu chirurgia și că în acțiunea radioterapiei intervine un factor necunoscut încă în toate amănunțile și care este radiosensibilitatea extrem de diversă a neoplasmelor. Mi-a fost dat și mie să văd neoplasme uterine foarte extinse vindecate după doze relativ mici sau neoplasme pulmonare complet dispărute contrar experienței că neoplasmele pulmonare sunt radlorezistente.

Ma! există apoi exemplul metastazelor osoase generalizate în neoplasmele sânului în care roentgenterapia generală aplicată cu scop mai mult paliativ la început dă azi rezultate importante.

Dar nici la concepția de panaceu nu este bine să ajungem mergând pe această cale. Vom exclude dela orice tentativă de tratament de exemplu un neoplasm rectal cu infiltrația micului basîn, cu ganglionii prinși sau un cancer al sânului cu tumoare primară voluminoasă ulcerată și ganglionii măriti, axilari, supraclaviculari sau cu metastaze pulmonare.

Încă câteva cuvinte în ce privește o întrebare care se pune foarte des practicianului și la care practicianul răspunde din nefericire foarte des într'un mod pripit și cu riscul de a fi desmințit. Ce este mai eficace, roentgen sau radiumterapia?

În spiritul publicului, dar și în spiritul medicilor nespecialiști, s'a înrădăcinat ideea că există o ierarhie între roentgenterapie și radiumterapia; că roentgenterapia ar fi o primă instanță de o putere și de o eficacitate mai redusă decât radiumterapia. Și atunci, foarte des se recomandă bolnavilor, la care o primă tentativă de roentgenterapie a eșuat, să se adreseze specialiștilor care se ocupă cu tratamentul cu radium, în credința că acest agent mai puternic va putea să facă ceea ce nu a putut face roentgenterapia. În principiu, se poate, este chiar probabil ca această concepție să fie justă. Se știe azi că efectele radioterapiei — cu toate opozițiile contrare foarte numeroase emise până în prezent — depind în mare măsură de lungimea de undă, a razei aplicate. Și cum razele de radium au o lungime de undă mai mică decât razele X aplicate astăzi, ar putea să existe o logică în acest fel de a vedea. Nu este însă logic și nu este prudent, ca indicația să fie făcută de medicul practician. Sunt localizările care în starea actuală a dezvoltării tehnicii nu pot fi tratate cu radium nici de cele mai bine utilitate instituții. Ele nu vor putea fi tratate cu radium decât atunci când vom dispune de aparate de telecuriaterapie conținând 30—50 gr. radium.

Cel mai mare aparat astăzi în funcțiune conține abia 8 gr. radium. Aplicând un tratament local cu radium în anumite localizări, cum ar fi limfosarcomul sau limfogranulomul, am rămâne mult sub randamentul obținut astăzi cu roentgenterapie. Așa că aceste recomandări este bine să nu le facă practicianul, decât în mod foarte general, lăsând pe seama specialistului să decidă asupra indicației cutărei sau cutărei tehnici.

...

Progresul în radioterapie a fost căutat dela început pe mai multe căi:

1. S'a căutat a defini, mai precis printr'o cunoaștere mai adâncă a fenomenelor care se petrec în

interiorul celulei cu ocazia iradierilor, legile radiosensibilității cu speranța de a putea corecta această radiosensibilitate.

2. Prin ameliorarea calității radiațiilor. Aici dela început tendința a fost marcată spre radiațiile de scurtă lungime de undă și preferința a mers dela început spre radioterapia profundă și spre aplicarea pe o scară largă a radiațiilor gamma a radiului.

În ce privește radiosensibilitatea, legile elaborate de Bergone și Tribondeau mai păstrează și azi o valoare oarecare, ele fiind izvorâte din observația curentă și având o redactare foarte clară. Ele ne arată că un țesut normal sau patologic este cu atât mai radiosensibil cu cât:

1. activitatea sa kariokinetică e mai mare;
2. viitorul său kariokinetic e mai lung;
3. morfologia și funcțiunile sale sunt mai puțin diferențiate.

Aceste legi însă, generalizate la exces, nu ne-au arătat niciodată ce se petrece la întâlnirea celulei cu raze. Abia mai târziu, cercetările fizicienilor în colaborare cu biologii, au dus la rezultate foarte interesante care au fost sintetizate în așa numita teorie a țintei (Treffertheorie, teorie de la cible), la elaborarea căreia și-au făcut merite Lacassagne, Holweck, Glocker, Crowther. Cercetări cu raze diferite pe celule de microorganisme ușor de izolat și ușor de observat, au arătat că celula vie nu este uniform de sensibilă la raze. Se admite azi că radiațiile nu pătrund într'un mediu în mod continuu, asemănător unei lavine sau fluxului care se revărsă, ci în mod discontinuu, prin mici particule de energie numite quante. Proiectilele de raze, quantele, pot atinge în incinta unei celule separat sau în ansamblu citoplasma, nucleul, centrosomul și centrul motor. Lacassagne și Holweck au ales ca obiect de studiu un flagelat microcelular, numit *Polytoma uvela* care se găsește în must. S'a văzut astfel că un număr oarecare de quante căzute în mijlocul citoplasmei duc la desintegrarea câtorva mitocondrii, dar că această leziune nu este mortală și că reparația se face ușor. Cu totul alte consecințe va avea pătrunderea aceluiași număr de quante în interiorul nucleului. Destrucția cromatinelor duc, după numărul proiectilelor, la moartea imediată a celulei sau la anomalii de mitoze, care vor da același rezultat mortal, dar cu întârziere. Atingerea unei cantități foarte mici de cromatină poate să nu ducă însă la moarte. Atingerea centrelor motoare la flagelate duc la suprimarea motilității. Se înțelege dela sine că un număr foarte mare de quante va duce la omogenizare de leziuni care va fi echivalentă cu moartea celulei, deoarece vor fi atinse și centrele vitale ale celulei, alături de centre mai puțin importante, ca citoplasma. Pentru a fi siguri însă de această repartiție omogenă, se cere o doză foarte mare. Deoarece numărul quantelor este

proporțional cu doza, prima concluzie practică care a fost presimțită încă de multă vreme de radioterapeuții ocupați cu tratamentul cancerului, dar care nu a căpătat confirmare experimentală decât prin teoria țintei, este că pentru a distruge un cancer se cere administrarea dozel maxime compatibile cu integritatea țesuturilor sănătoase. Legea hazardului, verificată prin experiențele susmenționate, este aplicabilă și în radioterapie. Ea arată că nu putem avea niciodată siguranța că o celulă, bombardată chiar de un mare număr de quante va fi atinsă mortal. De aici necesitatea dozel maxime.

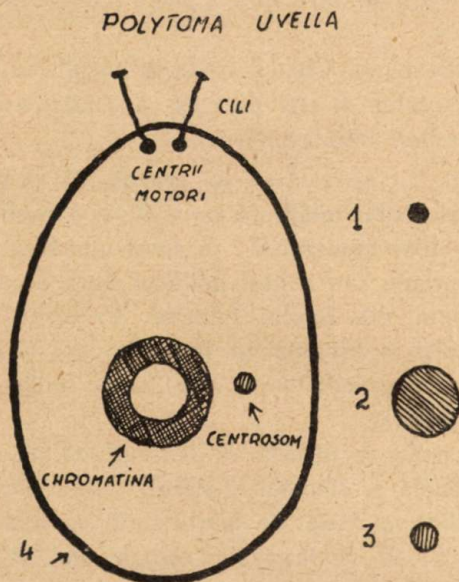


FIG. 1.

1. Mărimea țintei de atins pt. a suprima motilitatea cel.;
2. Mărimea țintei de atins pt. a produce leziuni mortale tardive;
3. Măr. țintei de atins pt. a produce moartea imediată;
4. Măr. țint. de atins pt. a prod. leziuni trecătoare (în citoplasm.)

Legea hazardului este satisfăcător interpretată de teoria țintei fiindcă ea ne arată că într-o celulă de Polytoma, cromatinul ocupă a 60-a parte din volumul citoplasmei, iar centrosomul, organul cel mai sensibil, ocupă abia a 50.000-a parte din volumul celulei. Pentru a distruge celula, se cere deci sau un hazard care să nimerescă, la un număr redus de quante, tocmai organele vitale foarte mici, sau o doză foarte mare cu un număr imens de quante, care să pătrundă în mod omogen celula, încât nicio parcelă să nu scape neatinată.

Dar cum explică această teorie cuantică, aplicată în radiobiologie, diferența de radiosensibilitate între diversele țesuturi normale și patologice? De ce țesutul normal hematopoetic este mai sensibil decât osul normal sau de ce un limfosarcom se topește la o doză care nu alterează decât foarte puțin un fibrosarcom? Pentru a elucidă aceste amănunte, va fi nevoie încă de mult studiu în ce privește structura constituantelor celulare ale diverselor spețe celulare normale, dar mai ales patologice.

Această teorie — am văzut — a adus precizări interesante în ce privește acțiunea razelor asupra celulei vii, dar nu a contribuit — pentru moment cel puțin sau, mai precis, în mod direct — la rezolvarea problemei modificării radiosensibilității, adică a posibilității de a transforma țesuturi radiorezistente în țesuturi radiosensibile. În schimb, teoria cuantică aplicată la studiul acțiunii biologice a radiațiilor, a adus câteva precizări noul asupra celuilalt obiectiv urmărit de multă vreme de radiologi, adică ameliorarea randamentului radioterapiilor prin ameliorarea calității razelor.

Dela începutul erei radioterapice se discută întrebarea dacă există sau nu o variație a efectului biologic în raport cu calitatea radiațiilor. Cu alte cuvinte, efectul produs de raze depinde numai de cantitatea de energie absorbită de celulă sau intervine și calitatea radiației, care — cum știm — este în strânsă legătură cu lungimea de undă? Este știut că radiațiile de natură electromagnetică, deși de aceeași esență, se deosebesc prin lungimea undei cu care se propagă. Această lungime de undă, de câteva sute și zeci de metri în undele hertziene, adică în undele scurte din terapia diatermică, diminuează pe măsură ce coborâm scara radiațiilor spre razele infra-roșii, razele vizibile ale spectrului solar, razele ultraviolete, razele X și razele gamma ale radiumului. O radiație X emisă sub o tensiune de 200.000 volți are o lungime de undă medie de 0,06 Å., iar razele gamma o lungime de undă de 0,10 Å.¹⁾

S'a susținut multă vreme și se susține și astăzi de mulți radioterapeuți, că lungimea de undă nu are nicio importanță în terapia cu raze. Că este indiferent dacă tratăm un cancer cu raze X emise sub 120.000 sau 200.000 sau 500.000 volți sau cu raze gamma ce corespund, ca lungime de undă, unei radiații X emise sub 1—1.500.000 volți. Este hotărâtor ca neoplasmul să primească cantitativ aceeași energie radiantă, deoarece există o asemănare totală în ce privește efectul biologic al tuturor razelor de mică lungime de undă.

Această identitate în acțiunea biologică nu o contestă nimeni. Toate aceste raze ionizante, cum se mai numesc, acționează asupra celulei prin quante de energie, care formează la rândul lor procese de ionizare în interiorul celulei, adică dislocări de electroni, ireversibile uneori, în atomii celulei. Numai că cercetările acelora care au aplicat teoria cuantică în radiologie au arătat că traectul electronului smulși din edificiul atomic depinde de lungimea de undă a radiației care a produs quantul. Lucrurile se petrec cam în felul următor: dela punctul de absorbție al unui photon sau quant într'un atom pornește un electron, având un traectoriu sinuos

¹⁾ Pentru a măsura și exprima lungimile de undă ale acestor radiații, a fost nevoie de stabilirea unei noi unități, a Angstromului, care este de 10.000 ori mai mic decât micronul.

și cu atât mai lung cu cât radiația incidentă este de lungime de undă mai redusă. Astfel radiația de $8 \text{ \AA}$. va da naștere la un traectoriu de 0.04μ , pe când radiația de $2 \text{ \AA}$., deci mai scurtă ca lungime de undă, va da naștere la un traectoriu de 1μ . Acest traectoriu, deși minuscul în aparență, este totuși suficient pentru a trece prin câteva celule, producându-și efectul ionizant letal. Această observație explică eficacitatea mai mare

RAZE X

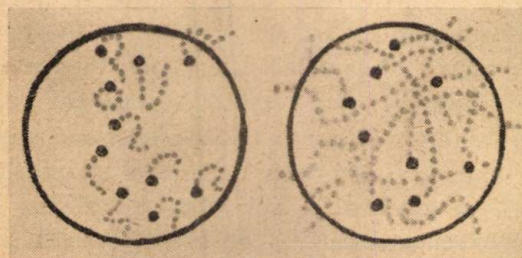
 $8 \text{ \AA} = 3000 \text{ v.}$ $2 \text{ \AA} = 9000 \text{ v.}$ Trajectoare
de 0.04μ Trajectoare
de 1μ

FIG. 2.

Reprezentarea schematică a absorției și a traectoriului diferitelor raze într-o sferulă de apă măsurând 0.2 microni diam.

a razelor de scurtă lungime de undă, în deosebi a razelor γ și dictează pentru viitor toată evoluția radioterapiei spre aparate de raze X din ce în ce mai puternice, apropiindu-se ca randament și lungime de undă de razele γ , adică aparate radioterapice în jurul lui $1.000.000$ volți. Construcția lor a început înainte de război și se speră că ea va fi reluată după război. O altă cale pentru obținerea de surse puternice de radioterapie, cu lungimi de undă foarte scurte ar fi sporirea capacității industriei de radium, pentru a vulgariza aparatele de teleradioterapie cu $10-15$ și mai multe grame de radium.

Practica clinică confirmă orientarea spre lungimi de undă din ce în ce mai reduse. Am avut ocazia să văd de curând la Viena un caz de neoplasm tratat de cel mai competent specialist al universității în roentgenterapie fără rezultat. Același caz, trecând la tratamentul cu radium a putut fi vindecat.

3. Ameliorarea calității radiațiilor prin mărirea voltajului sau prin aplicări masive de radium mai permite o ameliorare de randament în profunzime. Această ameliorare are și desavantajii și anume, de a iradia un mare volum de țesuturi sănătoase. În felul acesta, scade rezistența generală a organismului și rezistența locală a țesuturilor din vecinătatea tumorii.

Noua metodă de radioterapie dela foarte mică distanță, imaginată de Prof. Chaoul dela Berlin, se găsește la antipodul acestei tendințe de evoluție a radioterapiei. În loc de a întrebunța distanțe mari

și kilovoltaj mare, Chaoul întrebunțează 80.000 volți și distanțe foarte mici $1\frac{1}{2} - 5 \text{ cm.}$, cu un tub minuscul, unipolar, care permite introducerea focarului chiar în cavitățile naturale, vagin, gură, chiar laringe și rect.

Ca tendință generală, această manieră de a iradia se apropie de radioterapie.

De altfel și indicațiile se suprapun în general cu acelea a radioterapiei, adică: leziuni superficiale, leziuni ale cavităților naturale și — o primă condiție — leziuni de dimensiuni mici. Dificultatea stă în confecționarea tuburilor, destul de mici, spre a putea fi introduse în toate cavitățile.

Actualmente Chaoul iradiază rectul cu tuburi în formă de creion și este pe cale să construiască un tub pentru iradierii intralaringiene.

4. Ar fi o greșală să se creadă că problema radioterapiei, astfel înfățișată, nu e decât o problemă tehnică sau chiar comercială: a sporii numărul volților în roentgenterapie sau a găsi mijlocul de a scoate cât mai mult radium din fundul minelor. Problema viitorului radioterapiei în tratamentul tumorilor are și laturi biologice foarte promițătoare, dar foarte puțin cercetate până în prezent.

O asemenea direcție se desemnează în exploatarea mai rațională a efectului general. Acest efect general al radiațiilor, contestat de foarte mulți cercetători, există indiscutabil, în metastazele osoase ale neoplasmului mamar când cu ajutorul unor doze foarte slabe putem obține recalcificarea osoasă și dispariția fenomenelor dureroase. Din nefericire, acest efect general a fost foarte puțin cercetat experimental până în prezent. Constatările sunt mai mult de domeniul clinic.

5. O altă posibilitate de dezvoltare se prezintă radioterapiei și într-o mai bună exploatare a factorului timp. Un imens progres a fost realizat prin descoperirea lui Regaud, că aceeași doză de raze, etalată pe un timp mai lung, dă rezultate mai favorabile asupra anumitor țesuturi normale și asupra țesuturilor tumorale. Există după toate aparențele o puternică corelație între varietatea tumorii și factorul timp, adică lungimea tratamentului. Maestrul meu Coutard avea obiceiul să spună că, dupăcum flecare specie de fructă are un timp propriu în care se coace, tot astfel flecare specie de tumoare are un timp propriu de tratat. Unele tumori cer ca doza cancericidă să fie etalată pe 15 zile, altele pe 30 sau mai multe zile. Există fără îndoială multă fantezie în această comparație, dar ea exprimă destul de bine ideea că nici în radioterapie nu există doze standard, ci numai doze individuale.

Enumerarea acestor câteva probleme, abundența și varietatea lor, ne arată posibilități extraordinare și

o bogăție de perspective care nu se întâlnesc decât în ramurile tinere ale științei.

Nu încap încă îndolă că exploatarea acestor posibilități va cere studii asidue și colaborare între diferiți specialiști; și dacă societatea va fi tot atât de darnică cu acești lucrători cât este de largă cu inventatorii din industrie bunăoară, punându-le la dispoziție mijloacele necesare, sau dacă va apare un geniu care să treacă peste sărăcia mijloacelor oferite azi științei,

atunci s'ar putea să ne apropiem într-adevăr de soluția problemei în terapia cancerului pe calea razelor. Până atunci însă, să recunoaștem cu toată modestia că bilanțul actual în tratamentul cancerului cu raze este foarte redus. În cifre, 5%.

Această modestă cifră de 5% devine însă prețioasă, prin faptul că ea reprezintă cazurile inoperabile, condamnate altădată la moarte sigură.

Articole științifice

Considerațiuni clinice asupra două cazuri de abces pararenal vindecate prin tratament conservativ

de

Dr. Petre Bruda, șef de lucrări.

Având ocazia să revăd după 3 luni dela părăsirea clinicei un caz de abces pararenal tratat conservativ, și să obțin referințe precise asupra unui alt caz din partea medicului cu care fostul pacient face serviciu, el fiind de profesie agent sanitar, ambii vindecați, — cred că este util ca să fac cunoscut aceste două cazuri făcând și câteva considerațiuni asupra lor.

Abcesul pararenal deși în limbajul obișnuit medical apare ca o afecțiune banală și ușor de diagnosticat, în realitate este o afecțiune gravă din cauza evoluției lungi și variate pe care o poate avea, cât și din cauza afecțiunilor multiple cu care poate fi confundat mai ales în faza primă a bolii, este foarte greu de diagnosticat. De obicei acești bolnavi internați în diferite servicii de interne, abea după trecerea unui interval de timp care variază între 3—5 săptămâni, dela apariția primelor simptome, ajung ca să fie tributați tratamentului chirurgical. Dintr-o statistică a clinicei noastre reiese că 64% din cazuri au fost mai întâi în observația și tratamentul clinicii medicale, de unde abea mai târziu au fost transpuse clinicii noastre.

Acest important capitol din patologia urinară a fost bine studiat în literatura medicală românească. Una din lucrările mai complete asupra acestui afecțiune o constituie „Supurațiile Perirenale”, raport făcut de domnii Prof. Dr. Titu Vasiliu și Prof. Dr. Emil Țeposu — asupra 60 cazuri de abces pararenal, la Congresul Național de Chirurgie din anul 1930.

În prima parte a acestui raport autorii încearcă să definească mai precis această afecțiune atât de variat exprimată în literatura medicală franceză și germană. Profesorul Dr. T. Vasiliu concludă că numirea de perinefrită întrebunătă în tratatele franceze de medicină

cât și numirea de perl și paranefrită folosită de autorii germani în tratatele lor de medicină, sunt numiri improprii, prea subtile și prea artificiale. D-Sa înglobează toate aceste inflamațiuni în numirea de *Procese inflamatorii perirenale* sau mai precis de *Supurațiuni perirenale*.

În etiologia acestor afecțiuni găsim în ordinea frecvenței stafilococul, streptococul, gonococul, pneumococul etc., iar în ceea ce privește modul de infecțiune distingem: abcese pararenale de origine metastatică, traumatică, de origine renală și de vecinătate.

Simptomatologia — foarte variată — depinde atât de forma sub care se găsește abcesul, cât și de diferitele lui localizări pararenale. Din această cauză diagnosticul de abces pararenal este foarte greu de precizat mai ales în faza inițială a bolii, când fenomenele generale sunt foarte accentuate față de cele locale și când acești bolnavi pot fi ușor considerați suferinzi de febră tifoidă sau de septicemie. În toate cazurile febrile când fenomenele urinare — și în deosebi pluria — lipsesc, dar când există durerea lombară și apărarea musculară și mai ales atunci când găsim și accidentul infecțios în antecedente-forunculi, panaralii, plăgi supurate etc. trebuie să ne gândim întotdeauna la o supurație pararenală. Pe lângă inspecția și palpația lojilor renale, examenul cistoscopic și punctia exploratoare făcută întotdeauna la nivelul punctului mai dureros, examenul radioscopic — tradus printr-o hipomobilitate a diafragmului de partea corespunzătoare durerii, — încă poate fi concludent în precizarea diagnosticului de abces pararenal. Această hipomobilitate a diafragmului corespunzătoare abcesului am întâlnit-o în ambele noastre cazuri.

Tratamentul supurațiilor pararenale va fi întotdeauna *chirurgical* și *imediat*. Nu se va aștepta încă

dată și nici într'un caz colecția manifestată prin fluctuațiile ca indicație operatorie.

Totuși se știe că în abcesele pararenale surprinse în stadiul de infiltrație al bolii, *rezorbția deși este excepțională totuși este posibilă*. Din acest motiv în faza de infiltrație a abcesului și mai cu seamă în cazurile când infecțiunea se poate atribui unei forunculoze, e bine ca să încercăm mai întâi un tratament conservativ și numai în cazul când nu se obține rezultatul așteptat să recurgem la intervenția chirurgicală, singură indicată în astfel de împrejurări.

Observația I. Bolnavul N. C. în etate de 35 ani, de profesiune agent sanitar din jud. Hunedoara a fost transpus clinicei noastre în ziua de 21 Aprilie a. c. dela clinica I. Medicală.

Antecedentele heredocolaterale fără importanță.

În antecedentele personale la vârsta de 6 ani a suferit de scarlatină rămânând cu otită medie supurată vindecată abea la etatea de 34 ani. La 12 ani a suferit de malarie, iar la etatea de 33 ani a suferit de blenoragie.

Istoricul bolii actuale: În luna Februarie 1943 bolnavul a suferit de forunculoză vindecată cu foarte mare dificultate. În ziua de 15 Martie a. c. făcând eforturi mai mari și fiind și gripat a simțit dureri sub formă de junghieri în hipocondrul drept și loja renală dreaptă. Aceste dureri a căror intensitate creștea întotdeauna la eforturi, erau acompaniate și de ascensiuni febrile. De atunci a fost în observația și tratamentul medicului din localitate, care văzând că fenomenele dureroase se accentuează și că starea bolnavului se agravează îl internează în Spitalul din Orăștie de unde e trimis la Clinica I Medicală, iar de aici după 4 zile e transpus clinicei noastre.

La examenul medical se constată că bolnavul e de conformație normală, cu țesutul celulo adipos slab reprezentat. Tegumentele normale colorate cu excepția abdomenului unde se constată cicatrice după forunculi. Senzoriul clar, pupilele centrale egale și rotunde reacționează normal la lumină și acomodare. Reflexele osteotendinoase păstrate. Gâtul liber. Toracele simetric bine conformat. La percuție sonoritate, la ausculție murmur vezicular. La respirație forțată diafragma produce dureri în dreapta. Aparatul circulator normal. Abdomenul de circumferință normală. Hipocondrul drept e dureros la palpare profundă. Ficatul nu e mărit, splina nu se palpează.

Examenul aparatului urinar. Lojile renale de aspect și conformație normală. La palpare, loja renală dreaptă e foarte dureroasă. Examenul urinii: urina galbenă clară, reacția acidă. Densitatea 1017. Albumină, puroi și zahăr—negativ. În sediment foarte rari leucocite și săruri amorfe de urați. **Examenul cromocistoscopic:** Mucoasa vezice de aspect normal. Orificiile ureterale fără leziuni suspecte în jur, elimină indigocarmină cu jet și intensitate bună și în timp normal.

Azotemia: 0,50‰, Tens. art. 12—7 (V. L.) Leucocitoză: 13.200.

La radioscopie se constată o hipomobilitate a diafragmului din partea dreaptă care e sus situat și o dispariție aproape completă a umbrei psoasului. Scolioza coloanei vertebrale în spre partea bolnavă nu se observă.

La puncția lojei renale drepte se extrage secreție seropurulentă, în care la examenul direct se găsesc numeroase leucocite, detritusuri celulare și rari coci gram pozitivi (Institutul de Igienă).

Se ține bolnavul la regim lactat hidric, se administrează ceaiuri diuretice în cantitate mare și prontosil roșu per os, câte 8 tablete timp de 3 zile, 5 tablete timp de 4 zile și 4 tablete timp de 3 zile, doză suportată de bolnav fără nicio difi-

cultate. Deja a patra zi starea bolnavului s'a îmbunătățit în mod simțitor, leucocitoza a coborât la 9.500, iar febra dela 38,5° a scăzut la 37,2° dimineața și 37,8° seara. A zecea zi de tratament leucocitoza a fost 8.200, iar febra nu s'a urcat peste 37,1°.

Cazul al II-lea. Bolnavul B. A. în etate de 32 ani de profesiune plugar, din județul Sibiu. A intrat în Clinică în ziua de 4 Mai a. c., transpus dela clinica I. medicală cu diagnosticul de abces pararenal drept verificat prin puncție lombară.

Antecedentele heredocolaterale fără importanță. În antecedentele personale la etatea de 14 ani a suferit de scarlatină, iar la etatea de 22 ani a suferit de congestie pulmonară și de blenoragie. În luna Aprilie 1943 a suferit de forunculoză la ambele membre inferioare. Boala actuală datează de aproximativ 8 zile și a debutat în mod brusc cu dureri în loja renală dreaptă apărute după un efort mare. Durerile au fost aproape continue timp de 3 zile, dar au avut intensitate variabilă, prezentau iradieri în spre coapse și deveneau mai intense în timpul mișcărilor mai bruște sau chiar și după inspirații mai profunde. În acest timp starea generală a bolnavului se înrăutățește, iar febra având caracter septic se ridică până la 39°. N'a prezentat frisoane și nici tulburări în ceea ce privește calitatea sau cantitatea urinei eliminate. Urina bolnavului tot timpul a avut un aspect clar. A 4-a zi starea bolnavului se ameliorează, temperatura nu depășește 38°, iar durerile lombare de intensitate mai mică devin entermitente. Bolnavul se simte însă foarte slăbit și nu are poftă de mâncare. Neliniștit atât bolnavul cât și aparținătorii că prescripțiile medicului din localitate nu-i aduce vindecarea dorită și îngrijiți și din cauza febrei care varia între 37,5°—38° se internează în clinica I. Medicală de unde e transpus clinicei noastre.

Examenul medical. Bolnav de constituție și conformație normală cu țesutul celulo-adipos ușor redus. Tegumentele de culoare palidă prezintă pe ambele membre inferioare numeroase cicatrice datorite forunculozei de care a suferit.

Toracele simetric bine conformat. Cordul și pulmonul normal. Abdomenul de circumferință normală, ficatul nu este mărit, iar splina nu se palpează. Examenul organelor urinare. Lojile renale de aspect și conformație normală, nu se observă vreo bombare a tegumentelor. La palparea și presiunea lojei renale drepte, bolnavul acuză durere.

Examenul urinei: urina galbenă clară. Reacția acidă. Densitatea 1018. Albumină urme fine. Puroi și zahăr negativ. În sediment rari leucocite și rari săruri amorfe de urați. Azotemia 0,42‰. Leucocitoză 13.600. Tensiunea arterială 13 1/2—8 (V-L). La radioscopie se constată o hipomobilitate a diafragmului de partea corespunzătoare durerii, iar umbra rinichiului drept pare ușor voalată.

La puncția lojei renale drepte făcută în punctul cel mai dureros localizat anterior sub marginea costală, se extrage secreție sero-purulentă. La examenul direct al secreției se găsesc numeroase leucocite și detritusuri celulare, iar pe mediile de cultură însemănțate au crescut stafilococi.

Examenul cromocistoscopic. Capacitatea vezice 200 cc. Mucoasa vezice de aspect normal. Orificiile ureterale fără leziuni suspecte în jur. Indigocarmină se elimină cu jet și intensitate bună în stânga. În dreapta nu avem eliminare de colorant. Se face în ziua următoare cateterismul rinichiului drept. Sonda pătrunde fără dificultate până în basinet de unde se recoltează urină de aspect limpede.

Sedimentul foarte sărac însemănțat pe culturi nu arată prezența nici unui fel de microb.

Supunem bolnavul unui tratament medical și unei igiene dietetice severă. Se ține bolnavul la regim lactat hidric, se administrează diuretice și beuturi în cantitate mare, iar infecția stafilococică o combatem cu eleudron dat în doze masive (cinci zile 20 gr., iar după pauză de 7 zile se administrează încă 20 gr.) În

timpul pauzei se administrează zilnic septicemină 5 cc. intravenos, Acest tratament bine suportat de pacient a avut ca rezultat o scădere treptată a leucocitozei, diminuarea, iar mai târziu dispariția durerilor lombare și o ameliorare evidentă a stării generale. După acest tratament febra nu a depășit 37.1⁰, iar la părăsirea clinicii bolnavul a fost afebril. În cazul acesta am încercat tratamentul cu eleudron din cauza stării generale a bolnavului, care era mai gravă decât a celui tratat cu prontosil, iar eficacitatea eleudronului în infecțiile cu stafilococi noi știm că este mult mai mare. După cura cu eleudron se administrează bolnavului un regim mai consistent, mai bogat în hidrați de carbon și grăsimi și Cebion zilnic în injecții. În ziua de 5 Iunie bolnavul părăsește clinica complet afebril și având starea generală foarte bună

Motivul care ne-a determinat ca să nu intervenim imediat în cazurile expuse și care justifică pe deplin conduita noastră conservatoare, se datoresc în primul rând fenomenelor generale și locale puțin alarmante. Temperatura a coborât în mod lent în urma tratamentului medical instituit iar leucocitoza — controlată aproape zilnic — se găsea în continuă scădere. Lipsind vomismentele, grețurile și alterarea profundă și progresivă a stării generale, am avut convingerea că ne găsim în prezența unor cazuri de abces pararenal subacut surprins în faza de infiltrație, unde rezo-bila — după cum am mai afirmat — deși este excepțională totuși este posibilă și la care intervenția chirurgicală — nu am considerat-o ca o necesitate imediată. În ambele cazuri am avut de a face cu abcese pararenale de origine metastatică, datorită furunculozei de care bolnavii au suferit în antecedentele apropiate.

În primul caz tratamentul conservativ a fost determinat atât de lipsa unor simptome generale și locale alarmante, cât și de prezența stafilococului în serozitatea evacuată prin puncte, iar în al doilea caz conduita terapeutică conservatoare se datorește în foarte

mare măsură și rezultatul excepțional de bun obținut în primul caz.

Ambii bolnavi — grație tratamentului medical administrat — au fost scutiți de greutatea și neplăcerile unei intervenții chirurgicale.

CLINICA CHIRURGICALĂ ȘI BOLILE CĂILOR URINARE

Director: Profesor Dr. E. Țeposu.

RESUMÉ

Considérations cliniques sur deux cas d'abcès pararénaux guéris par le traitement conservatif

L'auteur décrit deux cas avec abcès pararénaux d'origine métastatique guéris par les sulfamides à doses massives. Les deux cas ont été surpris dans la phase d'infiltration de la maladie quand la résorption est encore possible. Dans ces cas on peut attribuer l'efficacité de la sulfamidothérapie tant aux symptômes généraux et locaux peu alarmants, tant à la bénignité de l'infection due aux staphylocoques.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische Betrachtungen zu zwei Fällen von pararenalen Abszessen die nach konservativer Behandlung abheilen

Verfasser beschreibt zwei Fälle von pararenalen Abszessen metastatischen Ursprungs, welche auf intensive Sulfamydbehandlung abheilen. Beide Fälle wurden in der Infiltrationsphase entdeckt, also zu einer Zeit wenn die Resorption, wenn auch sehr selten, immerhin möglich ist.

Der Erfolg der Sulfamydtherapie in diesen Fällen ist teils auch den leichten allgemeinen und örtlichen Symptomen sowie der Benignität der Staphylokokkeninfektion zuzuschreiben.

Un caz de chist hidatic pulmonar primitiv simetric

de

P. Radu și A. Jecu

Chistul hidatic pulmonar e localizat de obicei unic la baza pulmonului drept, în partea posterioară, mai rar e multiplu. Foarte rar este bilateral.

Spârchez și Popescu, publică un caz de echinococoză pulmonară multiplă bilaterală.

Extrem de rar găsim chistul hidatic pulmonar simetric: Fraentzel a publicat un caz.

Cazul observat de noi cu chiste hidatice primitive simetrice, hilare pulmonare, merită să fie cunoscut nu numai prin raritatea lui, dar chiar și prin cadrul simptomatologic pe care-l prezintă, precum și prin discuțiile patogenice ce se pot desprinde.

În ziua de 5. VI. 1943, a fost internată în clinica medicală I, bolnava V. C. de 45 ani, casnică, dela țară: pentru dureri to-

racice difuze, junghiu sub mamelonul drept, febră 39, tusă cu expectorație mucoasă.

Antecedentele heredocolaterale și personale fără importanță.

Boala pentru care vine în clinică, a început înainte cu 2 ani prin dureri toracice difuze, dureri lombare, turburări digestive și o slăbire foarte mare în forță fizică, mai puțin în greutate. Consultă mai mulți medici cari îi indică tratament, fără rezultat.

Cu 5 zile înainte de-a intra în clinică bolnava, brusc prezintă dureri toracice difuze, mai accentuate la baza dreaptă, senzație de frig (fără frison), junghiu sub mamelonul drept, ce se accentuează la inspirație, febră 39, tusă cu expectorație mucoasă și stare de rău general. Cu aceste simptome intră în clinică.

Examenul clinic: Bolnavă de statură mijlocie, emaciată, cu tegumentele și mucoasele anemiate.

Ganglioni nu se palpează. Tesutul celulo-muscular conservat. Sistemul nervos nu prezintă nimic patologic. Pupilele egale, regulate, reacționează bine la lumină și distanță. Reflexele păstrate.

Aparatul respirator: torace simetric. Respirație frecventă. Amplitudinile respiratori în ambele părți diminuate. La percuție: matitate la baza dreaptă — submatitate la stângă, în rest sonoritate. La ascultație asupra hemitoracelui stâng, murmur vesicular cu diminuarea la bază. Hemitoracele drept: murmurul vesicular diminuat în 1/3 superioară, în rest foarte multe raluri crepitante și subcrepitante.

Aparatul circulator: stare fiziologică. Tens. art. 11—9 Tonometru. Din partea celorlalte organe nimic deosebit.

Examenul urinei negativ, reacția Wassermann negativă, leucocite 9,800, viteza de sedimentare accelerată — după o oră 48 diviziuni, — iar după 2 ore 76 diviziuni. Temperatura 38,5, tusă cu expectorație mucoasă.

Se presupune o congestie pulmonară, se tratează cu eleudron, expectorante și cardiotonice. După 3 zile temperatura scade aproape critic, se menține însă adinamia, și fenomenele steta-custice, din care cauză se continuă cu tratamentul indicat.

În a doua zi de afebrilitate și a cincia zi de internare, bolnava dimineața brusc expectorează o mare cantitate de spută apoasă (280 cmc.) cu multe mucozități și un strat spumos.

Sa face radioscopia toracică și se constată: perihilar drept o imagine cavităre de mărimea unui ou, perihilar stg. o imagine în formă de rinichi inomogen umbrită.

Presupunându-se un chist hidatic dublu cel din dreapta fiind evacuat. Se fac examinările în această direcție și se constată: la radiografia toracică sinul costo-diafragmatic stg. șters, desen peribronhovascular mai accentuat, infrahilar în dreapta unde se pune în evidență și un nodul calcificat. În ambele câmpuri pulmonare se constată umbre sferice, dintre care cea din stânga este net delimitată, omogenă, și de intensitate costală, pe când cea din dreapta se conturează difuz și este neomogenă, lăsând să transpare zone mai clare.

Leucocite: 8.800. Tabloul sanghin: polinucleare n. 52%; polinucleare eus. 15%; limfocite 29%; monocite 4%.

Reacția Cassoni slab pozitivă. Reacția Weinberg — Pârnu pozitivă. În sputa omogenizată și centrifugată se găsesc cârlițe de tenie echinococcus.

Se continuă același tratament. Sputa se menține abundentă. După 10 zile apare în 1/3 medie a hemitoracelui drept un suflu amforic. În axila dreaptă și în jurul zonei cu suflu se percep raluri subcrepitante.

Se administrează iodură de potasiu. Sputa se reduce la 15 cm., după 15 zile de tratament. Starea generală mai bună atât subiectiv cât și obiectiv, bolnava părăsește clinica urmând să revină pentru control.

După o lună, la examenul radiologic în dreapta, se menține aspectul cu deslipirea chistului și pătrundere de aer. În stânga umbra ușor mărită. În tot acest timp subiectiv au persistat mici dureri toracice.

După 2 luni și jumătate: bolnava acuză dureri mari toracice, dispnee, dureri lombare, și din când în când junghiu în hemitoracele stg. Continuă să tușească și să expectoreze (40—50 cmc.) de data aceasta spută cu striațiuni sanghine. La controlul radiologic chitul stg. mult mărit, cât o portocală, cel drept nemo-dificat.

În rezumat acest caz se constată acuze din partea aparatului respirator, care se manifestă prin dureri toracice difuze, mai accentuate la baza dreaptă — senzație de frig, junghiu sub mameelonul drept, tusă cu expectorație mucoasă — mai abundentă în ziua a 5-a de internare, febră și stare de rău general.

Având în vedere pe de o parte tabloul fenomenelor clinice, iar pe de altă parte analizele de laborator: (eusinofilia,

reacția Cassoni, reacția Weinberg-Pârnu, radioscopia și radiografia pulmonară, precum și prezența cârlițelor în spută) facem diagnosticul de chist hidatic pulmonar hilar și simetric.

În legătură cu acest caz se pun două probleme importante:

I. E un caz de echinococoză primitivă, sau secundară? (metastatică). Deoarece la bolnava noastră cu toate examinările făcute nu am putut evidenția vre-un chist hidatic primitiv; în ficat, cord sau în ori care alt organ, nici din antecedente (urticaria caracteristică rupturii, sau șocul anafilactic), nici radioscopia sau radiografia — nu prezenta vre-o imagine chistică sau hidro-aeriană, înafară de cele două descrise mai sus.

Credem că e vorba de un chist hidatic pulmonar bilateral primitiv și tocmai raritatea acestor cazuri ne-a făcut să-l publicăm.

II. Care a fost calea de infestare? Pentru infestarea organismului cu larvele de tenie echinococcus sunt două posibilități: a) fie calea aeriană admisă de Bird și demonstrată de Deve care se exclude. b) Fie calea digestivă, care în cazul de față este singura poartă de intrare, ori prin circulația entero-hepatopulmonară, sau prin circulația porto cavă.

Dacă avem în vedere dimensiunea chistelor care sunt aproape identice se poate deduce că infestarea s'ar fi făcut în același timp.

Prognosticul, chistelor hidatice pulmonare e sombru. În 50—70% din cazuri e mortal. Moartea se poate produce prin șoc anafilactic (în momentul rupturii) prin asfixie sau hemoragie gravă (în hidatoptizie sau vomică), sau lent prin supurație, ori grefarea unei tuberculoze pulmonare (frecvent după Escudero). Foarte rar se întâmplă să regreseze și să se producă degenerescența grasă și calcifierea (3—4 cazuri în toată literatura). Uneori se poate vindeca spontan prin evacuare, dacă nu s'a produs șocul sau supurația.

Tratamentul: singurul eficace e cel chirurgical prin toraco-pneumotoni și extirparea completă a chistului — sutura primitivă sau marisupializarea în caz de supurație.

Este contraindicat și acest tratament când e o situație profundă a hidatice sau în caz de chiste de mărime mijlocii și bine tolerate. În aceste cazuri chiar și puncția exploratoare sau evacuatoare este contraindicată.

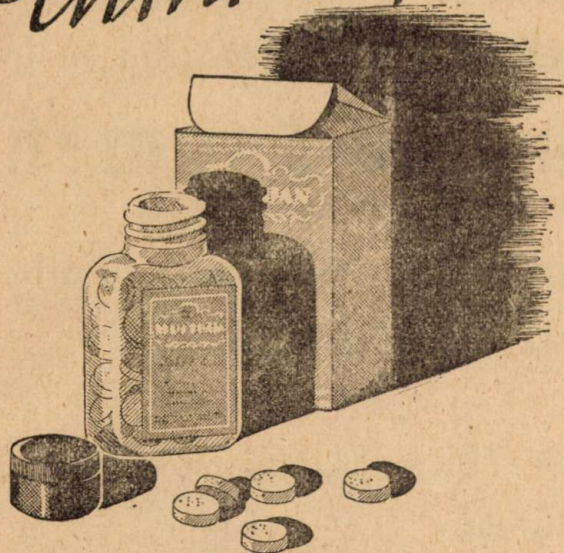
Radioterapia în scopul sterilizării chistului n'a dat rezultat. Aministrarea sulfamidelor a putut evita complicații din partea parenchimului pulmonar din jur.

Din descrierea cazului nostru ținem să desprindem următoarele concluzii:

1. În toate cazurile de congestii pulmonare mai ales în cele cu repetiție facem examinările cu atenție și în direcția posibilității unui chist hidatic.

Pentru expectorație

*în tuse, răgușeală, uscăciune
în gură și faringită uscată*



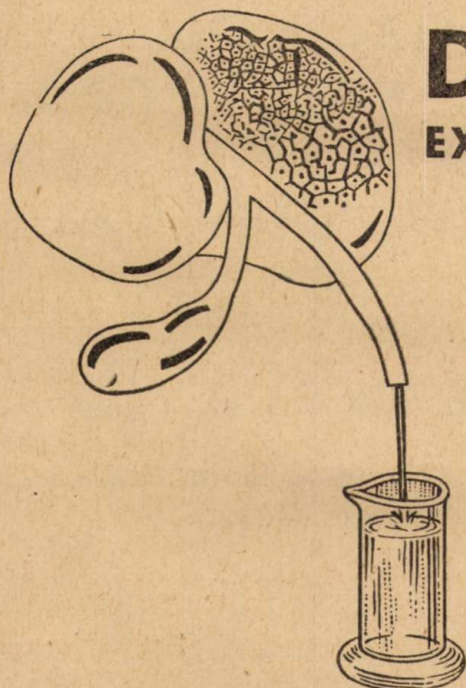
Tabletele MUCIDAN

expectorantul „natural”, conțin ca component activ, pe lângă desinfectantul Hexametilentetramină, factorul fiziologic „RHODAN”, de o acțiune secretolitică enormă, și încă saponinul din liquiriță, cu efectul expectorant caracteristic. Forma de tablete acestui expectorant este în deosebi potrivită, mai ales pentru tratamentul cazurilor ambulante. Ambalaje originale: Flac. cu 25 și 100 tablete

Tabletele - MUCIDAN

„Rhenania“

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALI-CHEMIE S. A., BERLIN
DEPOT PHARMAC S. A., BUDAPEȘT



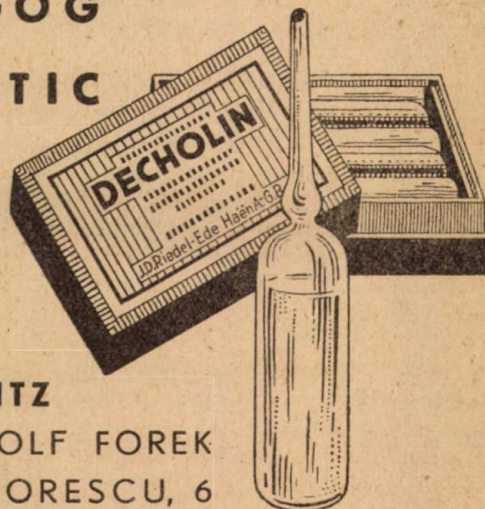
DECHOLIN

EXPERIMENTAT ANI DE ZILE

COLERETIC

COLAGOG

DIURETIC



J. D. RIEDEL-E. DE HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

REPREZENTANT PENTRU ROMÂNIA: RUDOLF FOREK
BUCUREȘTI 3, STR. G.-RAL EREIMIA GRIGORESCU, 6

În următoarele domenii de întrebuințare, medicul are la dispoziția sa în

Kamillen-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

un terapeutic de un efect curativ, pronunțat intens și rapid.

1 CA TERAPEUTIC VAGINAL ÎNSĂȘI

În tratamentul leucoreei hotărât constituționale, la vulvovaginită, eroziuni ale colului, ragade pe vulvă și vagin, colpită senilă.

2 PENTRU A FAVORIZA VINDECAREA LA ORICE TERAPE VAGINALĂ MEDICAMENTOASĂ, PRECUM ȘI PENTRU TRATAMENTUL INTERMEDIAR ȘI FINAL

3 CA DESODORANT VAGINAL

În deosebi la leucoree carcinomatoasă, la lochii fetide în lehuzie.

INTREBUINȚARE

În general se va introduce la 2 zile 1 bujiu, numai în cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare, simplu și curat ale bujiurilor de Spuman, dă medicului garanția că prescrierile sale vor fi urmate de pacientă întocmai și cu plăcere.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK,
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.
STR. SF. IONICA, 8 — BUCUREȘTI, I

2. Când găsim o imagine rotundă sau hidroaeriană netă în pulmon, să ne gândim la chist, hidatic examenele biologice: eusinofilie, reacția Weinberg-Pârvu, reacția Cassoni, examenul sputei pentru cărlige, vor confirma diagnosticul.

3. Absența unor semne patognomonice: urticarie, vomică, ce pot apărea și foarte târziu (în cazul nostru la 3 luni) nu vorbesc contra diagnosticului de chist hidatic.

CLINICA MEDICALĂ I

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

Un cas de kyste hydatique pulmonaire primitif symétrique

Les auteurs décrivent un cas rare de kyste hydatique pulmonaire primitif symétrique dans la région hilare chez une femme de 45 ans. En liaison avec ce cas on discute la pathogénie et le traitement à suivre dans ces conditions.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von primitiver, symetrischer Lungenechinokokkose

Es wird ein Fall von primitiver, symetrischer Lungenechinokokkose beider Hili, bei einer 45 jährigen Frau beschrieben. In Zusammenhange damit wird die Pathogenie und Behandlung derartiger Fälle besprochen.

Flebitele în febra tifoidă

de

Conf. Dr. I. Gavrila

Complicațiunile venoase, flebitele în cursul febrei tifolde se întâlnesc destul de des și dacă ele de obicei nu prezintă un prognostic prea grav, totuși sunt de o importanță deosebită pentru bolnav prin imobilizarea prelungită ce o necesită.

Frecvența. — Frecvența flebitelor tifice este variabilă în statisticele diferiților autori. Marele clinician Trousseau spunea, că flebita în febră tifoidă este o complicație rară, în schimb alți autori o găsesc destul de des: M. Huttlvel 6%, Vincent 8,23%, Costa 12%, Connet 10—15%.

Având ocazie să observăm un număr destul de mare de flebite în anul 1935—1940 în Spitalul Epidemic din Cluj, ne permitem să facem câteva considerațiuni asupra acestei complicațiuni tifice.

În ce privește frecvența globală în cazurile noastre am constatat un număr de 44 de flebite pe un număr de 703 de cazuri de febră tifoidă, deci 6,2%.

Între aceste cazuri 32 au fost unilaterale, 12 au fost bilaterale.

În cursul anilor frecvența a fost următoarea: 4,2% în 1935, 6,2% în 1936, 7,8% în 1937, 6,2% în 1938, 4,9% în 1939, 8,3% în 1940, deci o frecvență variabilă după ani între 4,2%—8,3%.

Vârsta. — După vârstă cazurile se repartizează după cum urmează: între 10—20 de ani 15 cazuri, între 20—30 de ani 18 cazuri, între 30—40 de ani 7 cazuri, între 40—50 de ani 4 cazuri. Deci cele mai multe flebite se întâlnesc între 20—30 de ani, când și cazurile de febră tifoidă sunt mai frecvente. Flebitele nu le-am întâlnit sub 10 ani.

Sexul. — După sex repartizarea se face astfel: 25 sunt la femei (59%) și 19 la bărbați (41%), deci complicația prezintă o ușoară predominare la femei.

Localizarea. — Localizarea în toate cazurile noastre a interesat extremitățile inferioare și anume venele femorale. În cazurile unilaterale de 29 de ori a interesat extremitatea inferioară stângă și numai de 3 ori cea dreaptă. Deci flebita în imensa majoritate a cazurilor se localizează pe extremitatea inferioară stângă, spre deosebire de arterită, care se localizează pe cea dreaptă.

Data apariției. — În ce privește data apariției flebitelor în cursul evoluției bolii, cazurile noastre s-au prezentat în felul următor: În 4 cazuri flebita a apărut în a 2-a săptămână a perioadei de stare, în 5 cazuri în timpul perioadei de defervescență, în celelalte (35 cazuri) a apărut în timpul convalescenței, în 2 cazuri flebita a survenit în convalescența instalată după recidivă. În rezumat, flebita este o complicație a perioadei de convalescență, totuși ea poate surveni mai rar și în celelalte perioade ale bolii, chiar și în perioada de stare.

Flebita și gravitatea bolii. — Raportul între frecvența flebitelor și gravitatea febrei tifolde s-a prezentat în felul următor: în 8 cazuri flebita s-a prezentat în forme ușoare de febră tifoidă, în 24 de cazuri în forme mijlocii de boală și în 12 cazuri în forme grave de boală. Deci flebita se întâlnește în toate formele de febră tifoidă considerate din punct de vedere al gravității.

Forma flebitei. — Dintre cele două forme principale ale flebitelor în febra tifoidă se întâlnește mai ales forma cu aspectul de flegmată alba dolens; este forma obișnuită, pe care am constatat-o în 35 de cazuri. Cealaltă varietate, forma frisonantă, pseudo-plemică a flebitelor, am găsit-o în 9 cazuri.

Simptomatologia. — Dacă bolnavul a intrat deja în convalescență, în forma obișnuită a flebitelor (flegmată alba dolens), de obicei la început există câteva simptome vagi. Bolnavul nu se simte bine, fără a putea

precizia pentru ce, are puțină temperatură : 37—37,5°, uneori până la 38°. Aceste fenomene nesigure durează 5—7 zile, apoi urmează primul simptom care ne indică diagnosticul, *durerea*. Deseori simptomele vagi dela început trec neobservate și complicația începe deodată cu simptomul *durere*. Localizarea durerii de obicei este regiunea inghinală de-a-lungul feței interne a coapsei, uneori și în fosa poplitee și în gambă. Durerea uneori poate lua caracterul unei nevralgii a extremității inferioare. Senzațiunea dureroasă de obicei este permanentă, este de intensitate variabilă, se exagerează prin mișcări și prin presiune digitală. Alteori ea se manifestă numai prin o senzație de greutate în extremitatea interesată. Destul de repede se atașază durerii *tumefacția* extremității respective, sub formă de edem alb, lucos și cu pielea puțin întinsă. După presiunea digitală rămâne foarte puțină urmă, sau de loc. Intensitatea și extinderea edemului sunt variabile, uneori se localizează numai în regiunea maleolară, mai des la întreagă extremitatea, câteodată abia este vizibil, alteori însă tumefacția este foarte puternică la întreagă extremitatea. În unele cazuri se atașază și o ușoară hidrartroză a genunchiului. Temperatura locală este mai ridicată.

La palpare se poate simți traectul venelor inflamate, sub formă de cordoane dure. Punerea în evidență a acestui simptom trebuie făcută cu foarte mare precauțiune sau de loc, deoarece se pot prezenta pericole pentru bolnav.

Temperatura generală de obicei scade repede, se mai menține câțeva vreme subfebrilitate, apoi scade definitiv și mai departe flebita evoluează afebrilă.

În forma frisonantă, pseudo-plemică, simptomele locale sunt identice, numai cele generale sunt mai accentuate. Temperatura este mai mare și prezintă oscilațiuni mari și neregulate, producând în același timp și frisoane, uneori zilnic, alteori la 2—3 zile un frison. Este mai gravă decât forma precedentă, totuși evoluția obișnuită și în această formă este spre vindecare.

Durata flebitei este variabilă. În 5 cazuri a durat 3 săptămâni, în 4 cazuri 4 săptămâni, în 20 de cazuri 5 săptămâni, în 6 cazuri 6 săptămâni, în 4 cazuri 7 săptămâni, în 3 cazuri 8 săptămâni, în 2 cazuri 9 săptămâni.

Patogenia — În privința patogeniei flebitelor tifice, după datele clasice ele ar fi datorite germenilor de infecție secundară : stafilococi, bacili coli, etc. Însă realitatea nu pare a fi aceasta, flebitele tifice fiind datorite însăși bacilului tific, care se localizează pe pereții venos. Această patogenie este dovedită prin cercetările lui F. Widal, A. Lemierre și P. Abrami, care constată aproape în mod constant hemocultura pozitivă pentru bacilii tifici în cursul flebitelor, în special a flebitelor frisonante. Noi personal în 10 din observațiile noastre am recoltat sânge pentru hemocultură în timpul flebitelor

și dintre acestea în 5 s'a constatat o hemocultură pozitivă cu bacilii tifici (la Institutul de Igienă). *Haushalter* într'un caz constată bacilii tifici în însăși pereții venelor inflamate și în chlașagul sangvin de acolo.

Prognosticul. — În ce privește prognosticul cazurilor de febră tifoidă complicate cu flebită, după experiența noastră acest prognostic în general este bun. Embolia pulmonară este excepțională în flebita tifică, în cazurile noastre nu s'a înregistrat în nici într'un caz. Este adevărat, că această complicație prelungește imobilizarea în pat cu câteva săptămâni, uneori chiar cu luni, totuși complicația aproape totdeauna se vindecă, chiar și în cazurile de flebită dublă. Dintre cazurile noastre cu flebită, numai unul a sucombat, însă nici aici cauza morții n'a fost flebita, ci gravitatea infecției generale tifice, în cadrele căreia a survenit și flebita. După flebită adesea rămân edeme ale extremităților inferioare care se mențin câteodată foarte lungă vreme și care câteodată sunt constante, alteori se prezintă după mers mai mult în picloare. Câteodată aceste edeme sunt foarte pronunțate, astfel că iau un caracter elefantiazic. Uneori se mențin și ușoare dureri în aceleași extremități după eforturi fizice. În alte cazuri după imobilizarea prea îndelungată, pot rămâne deviațiunile ale piciorului în urma atrofiei musculare survenite, altădată turburări trofice ale regelunel.

Tratament. Tratamentul este local și general.

Tratamentul local constă din :

1. *Imobilizarea extremității* bolnave. Această imobilizare trebuie să fie completă, spre a evita o eventuală embolie pulmonară. Ea se face în poziție orizontală așezând membrul interesat pe o gutieră cu partea distală ceva mai sus. Extremitatea va fi învelită în comprese reci, așa fel, ca la schimbarea lor să nu fie nevoie de mișcare prea multă.

Imobilizarea extremității bolnave mai de mult se menținea foarte multă vreme, 1—2 luni sau chiar mai mult. Bineînțeles că această imobilizare prelungită conducea la atrofii musculare, anchiloză articulare sau chiar la deformații. Astăzi criteriul în imobilizare, aproximativ este următorul : în flebita extremităților inferioare :

Se începe mobilizarea când nu mai există temperatură de loc deja de 3 săptămâni, dacă nu mai există fenomene dureroase nici la palparea cordoanelor venoase și dacă edemele sunt cel puțin pe cale de regresune, dacă n'au regresat complet.

2. După aceea urmează *mobilizarea* atentă și progresivă a extremității bolnave. În prima săptămână se vor face numai mișcări pasive, care vor consta din o ușoară atingere a pielii, din mobilizarea parțială a degetelor și a piciorului. În săptămâna 2-a se vor face masaje ale musculaturii interesate și mișcări pasive ale genunchiului. În săptămâna 3-a se va face flexiunea extremității și bolnavul va încerca cu precauțiune să

părăsească patul. Dacă bolnavul cu ocazia acestor încercări de mobilizare prezintă din nou temperatură și dureri, imobilizarea va fi continuată încă până la dispariția din nou a acestor fenomene morbide. Înainte de părăsirea patului este de recomandat, de a aplica o bandă elastică sau clorapl elastică pe gambă și genunchi pentru a împiedica producerea edemelor.

Fizioterapie (electrizări) și **hidroterapie** (în stațiuni balneare) încă pot favoriza refacerea mai repede a circulației normale și a țesuturilor.

Tratamentul cu lipitori întrebunțat mai de mult, este reluat în ultimii ani din nou în terapeutică flebitelor. Se aplică 5—6 lipitori pe extremitatea bolnavă de 2—3 ori la 2—3 zile interval, ceea ce pare a favoriza vindecarea procesului patologic.

Tratamentul general constă din terapie antinfecțioasă cu substanțe chimice și în primul rând cu sulfamide colorate și necolorate, care vor fi date pe cale bucală, dar mai ales sub formă de injecțiuni. Și celelalte substanțe chimice pot fi aplicate, ca piridolul, electragolul, etc. Se mai dau și preparate endocrine.

RESUMÉ

Les phlébites dans la fièvre typhoïde

L'auteur a observé dans l'Hôpital Epidémique de Cluj pendant les années 1935—1940 un nombre de 703 cas de fièvre typhoïde, dont 44 (6,2%) ont fait des phlébites. Dans 32 cas les phlébites ont été unilatérales, dans 12 cas bila-

térales. Dans tous les cas la localisation a été aux extrémités inférieures, sur les veines femorales. Dans les cas unilatéraux 29 fois la phlébite a intéressé l'extrémité inférieure gauche et seulement 3 fois la droite. Dans la majorité des cas la phlébite est survenue pendant la convalescence, dans 35 cas avec la symptomatologie classique de la „flegmatia alba dolens“, dans 9 cas avec la symptomatologie de la phlébite pseudo-piémique. La complication est survenue dans toutes les formes de la maladie: légères, moyennes, graves. La plus grande fréquence a été entre 20—40 ans, quant la fièvre typhoïde est aussi la plus fréquente. Le pronostic généralement a été bon.

ZUSAMMENFASSUNG

Phlebitiden bei Typhus abdominalis

Das Problem der Phlebitiden bei Typhus abdominalis wird auf Grund einer Statistik von 703 Fällen dieser Krankheit, besprochen. Von den 703 Patienten erkrankten 44 (6,2%) an Phlebitis, hievon waren 32 Fälle einseitig, 12 Fälle beiderseitig betroffen. Die Mehrzahl der Fälle betraf Patienten zwischen 20—40 Jahren, entsprechend dem vom Typhus abdominalis bevorzugten Alter. Dem Geschlechte nach, waren 29 Frauen und 19 Männer. Es waren immer die Venen der unteren Glieder befallen. Von den einseitigen Fällen war 29 mal der linke und 3 mal der rechte Fuss erkrankt. Die Phlebitis trat meist in der Konvaleszenz auf. Sie wird ganz gleich bei schweren, mittelschweren und leichten Fällen angetroffen. In 35 Fällen trat die Phlebitis mit der klassischen Symptomatologie der Phlegmatia alba dolens, in 9 Fällen mit dem klinischen Bilde der pseudo-pyämischen Form, mit Schüttelfrost, auf. Die Komplikation dauerte zwischen 3—9 Wochen. Die Prognose war gut.

Medicină de război

Considerațiuni asupra importanței oto-rino-laringologiei în urgența chirurgiei de război*)

de

Med. Lt. Rez. Dr. St. Gârbea și Med. Slt. rez. Dr. Oct. Mustia

Specialitatea oto-rino-laringologică cu multiplele ei cavități atât de variate, ascunse și neregulate, toate săpate în adâncimea oaselor și cartilajilor, se grupează în jurul feței, luând parte la înfățișarea individului și reprezentând funcții fiziologice ca auzul, vorbirea, respirația, cu o importanță capitală pentru viața și rolul omului în societate.

Prin pr. gresul ultimilor care l-a făcut această specialitate în ultimele decenii, prin descoperirea procedurilor moderne de examinare și operatorii, cu un instrumentar atât de variat și ingenios, pentru a căror cunoaștere și mănuiere, cerându-se ucenicie îndelungată, oto-rino-laringologia a ajuns la independența și importanța capitală în patologia chirurgicală și generală.

În luptele defensive mai ales, cavitățile acestel specialități cu o suprafață anatomică destul de întinsă, sunt foarte mult expuse la proiectilele armelor automate atât de variate și complexe din actualul război.

Prin constituția lor anatomică, fiind în legătură directă cu mediul exterior, cavitățile specialității noastre sunt în permanență cavități septice. Ele constituie un pericol mare de infecție pentru orice plagă de război din vecinătatea lor sau în directă comunicare cu aceste cavități.

Azi, când frontul nostru se află la distanțe considerabile de granițele țării, răniții cu astfel de plăgi trebuie operați imediat, ei nu pot aștepta ca să fie transportați la distanțe prea mari, deoarece microbii

*) Reuniunea științifică Medico-Militară a Armatei III-a (Sedința din 30 Iulie 1943).

acestor cavități septice, invadează rapid plăgile proaspete și dau complicații în primele zile, alteori în primele ore, compromițând nu numai funcțiunea fiziologică care depinde de aceste organe, dar pot lua și viața rănitului prin propagarea infecției la meningele cerebrale.

Din considerațiunile de mai sus rezultă necesitatea urgenței operatorii în plăgile de războiu aparținătoare specialității oto-rino-laringologice.

Cum aceste plăgi în majoritatea lor se prezintă sub cele mai variate și impresionante forme cu destrucții masive a unui organ sau mai multor organe deodată nu poate fi vorba de aplicarea unui anumit procedeu operator cu linii de incizie dela un punct la altul, cu anumiți timpi operatori și atunci trebuie să intervină conduita personală a chirurgului.

El trebuie să caute toate posibilitățile ca în primul rând să bareze infecția din spre cavitățile septice printr'un drenaj larg, respectând în același timp prin toate eforturile pe cât e posibil funcțiunea fiziologică a organului respectiv. Vine apoi partea estetică mai ales la plăgile feței cu intervenții definitive sau de provizorat, foarte judicioase pentru ca să nu îngreuneze sau să împiedice operația definitivă care ar urma mai târziu.

De asemenea o colaborare imediată cu celelalte ramuri chirurgicale de vecinătate este absolut necesară.

Din cele treizeci și opt de intervenții mai importante executate în curs de cinci săptămâni la Spitalul de Campanie Nr. 7 vom înșira câteva fol de observație pentru a demonstra cele amintite mai sus:

Obs. I. Slt. Rez. B. G. 29 ani Reg. 94 Inf. refugiat din Someș, rănit la data de 29 Mai 1943, în luptele din Cuban prin schije de brandt în regiunea mastoidiană stângă și gamba stângă, a fost evacuat de o ambulanță germană la Splt. 16 camp. și de acolo cu avionul sosește la Splt. 7 campanie după 36 ore dela rănire.

Ex. local: Plagă oarbă cranio-cerebrală în regiunea mastoidiană stângă cu ruptura pavilionului, sdrobirea mastoidei și ruptura durei pe o întindere de 4-5 cm. cu hernierea substanței cerebrale necrozate, plesnirea timpanului. Weber lateralizat de partea rănită cu surditate de transmisune la urechea stângă. Vestibulul normal, temperatura 38,2, cefalee, bradicardie și paloare.

Ex. radiografic: Schije multiple la nivelul mastoidel și scoamel temporalului, unde se constată și lipsă de substanță osoasă pe o întindere de 2 cm. și linii de fractură neregulate multiple. **Operația:** după anestezie locală cu novoc. 1% se face toaleta sumară a plăgii, rezecându-se marginile ei și toate porțiunile devitalizate, se face apoi incizie retroauriculară în T, se decolează în jurul plăgii perlostul până la osul sănătos. Se elimină din plaga mastoidiană o serie de eschile mari și neregulate, după care apare o ruptură a durei cu hernierea substanței cerebrale necrozate, care se elimină ușor cu

ajutorul unei curete mari. După aceasta apar în masa cerebrală o serie de eschile și schije metalice care se elimină spontan la nivelul durei lezate, din cauza compresiei mari intracerebrale. Se controlează cu instrumentul lui Stacke regiunea antrală a mastoidel care este invadată de masa cerebrală. Apar apoi sinusul lateral descoperit pe o întindere de 3-4 cm. fără să fie lezat. Se mai elimină eschile dela baza mastoidel și regiunea scoamel temporalului. Se spală toată plaga cu ser fiziologic steril cald, apoi se pansează plaga larg deschisă fără nicio sutură, cu meșe îmbibate în eter iodoformat. **Trat. postoperator:** Pansamente zilnice cu meșe iodoformate, desinfecția auriculară cu apă oxigenată de trei ori pe zi, desinfecție nasală și bucală. Sulfamide în doze masive până la reducerea sindromului febril. Ser hipertonic glucozat zilnic până la dispariția sindromului hipertensiv. După patru săptămâni de tratament, starea generală a bolnavului e refăcută complet, plaga s'a acoperit treptat cu muguri de cicatrizare. Timpanul refăcut, bolnavul prezintă ușoară surditate de transmisune. Este evacuat culcat la 3 Iulie 1943.

Obs. II. Frt. R. E. Reg. 94 Inf. ctg. 1942, Comuna Strehala, jud. Mehedinți, a fost rănit la data de 2 Iunie 1943 în luptele din Cuban prin schije de brandt în regiunea mastoidiană stângă, coapsa stângă și baza hemitoracelui stâng. Este evacuat prin o ambulanță germană cu avionul la Splt. 7 camp. după 2 zile dela rănire. **Ex. local:** Plagă cranio-cerebrală în regiunea mastoidiană stângă cu sdrobirea mastoidei, ruptura întinsă și neregulată a durei cu substanță cerebrală herniată și pulsații puternice la nivelul plăgii. Timpanul ușor congestionat, Weber lateralizat de partea sănătoasă la examene repetate, Schwabach prescurtat și Rinne negative. Nu prezintă nistagmus și vertij. Temperatura 38,6, starea generală alterată, puls bradicardic. Bolnavul mai prezintă o plagă tangentă în regiunea parieto-occipitală stângă. În cazul acesta după același toaletă a plăgii, se face eschilectomie și o trepanație în jurul plăgii pentru a putea extrage eschilele mari infundate în masa cerebrală. După punerea în evidență a durei sănătoase din jurul celei lezate prin o decorticare mai largă, se îndepărtează cu delicatețe substanța cerebrală herniată și dura sfacelată, după care se elimină spontan o cantitate mare de substanță cerebrală necrozată, antrenând cu ea nenumărate bucăți mici de schije de brand, eschile osoase, corpi străini. În urma acestor curățiri a plăgii, rămâne un traect fistulos în masa cerebrală care se drenează cu fire de setolină. Se curetează regiunea antrală, lărgind aditusul, apoi se drenează separat această regiune cu o meșă iodoformată. Tratamentul postoperator este același ca la primul caz, până la a treia săptămână bolnavul și-a revenit complet, traectul fistulos s'a umplut cu țesut reparativ, eliminând treptat drenul de setolină, ca și în drenajul abceselor cerebrale.



În insuficiența cardiacă
ușoară și în tratamentul
ulterior curelor de glicosid

Diacard *Madaus*

Soluție de aur în combinație cu plante medicinale cardiotrope. Cu acțiune excelentă în leșinuri, greutăți cardiace, stări generale de slăbiciune și turburări de echilibru.

Dozarea: de 3 ori pe zi câte 15 picături, pentru prevenirea colapsului, câte 40 picături cu puțin zahăr

Ambalaj original: 30 cmc.

Literatură și mostre prin reprezentanța generală

„TRANSMARE” S.A.R.

BUCUREȘTI 3

STR. NICOLAE GOLESCU No. 15

TELEFON: 5-83-10

BELLAFIT

Fiole injectabile, soluție și tablete

Antispasmodic energic,

conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonna

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluție și tablete

Vitamina C

PROSCORBIN

Acid ascorbic

Fiole 2 cc. = 150 mgr.

Fiole 5 cc. = 500 mgr.

Tablete à 25 mgr.

Tablete à 100 mgr.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE fostă
GEDEON RICHTER

S.
A.
R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99
Telefon 5.69.03

Amintesc că în cursul tratamentului sulfamidic bolnavul a făcut un exantem toxic după prontosil. Formula dia-pasonului a rămas aceeași ca la începutul examinării. Rănitul a fost evacuat după patru săptămâni de la operație.

Obs. III. Sold. B. St. 36 ani din Medlaș, rănit în Caucaz la data de 2 Iunie 1943, în regiunea preauriculară dreaptă și regiunea furculței sternale, de schije de brandt. Este adus la spital după trei zile de la rănire. **Ex. local:** Plagă oarbă înaltea tragusului drept, cu pareza facială dreaptă. Sondând această plagă se constată că direcția ei merge spre casa timpanului. La Otoscope apare o secreție purulentă abundentă în conductul auditiv extern. După curățirea secreției se observă în fundul conductului un corp străin metallic colțuros, care atins cu sonda butonată, bolnavul acuză dureri vii și contracțiuni puternice ale pleosului și mușchilor feței de partea rănii. Neputându-se extrage printr-o simplă incizie retroauriculară, deoarece schija se găsea înfiptă cu colțurile ei în casa timpanului, se recurge la evidare petromastoidiană, care este motivată și de prezența supurației cu iritația facialului produsă de un colț al schije la nivelul apeductului lui Falloppé. După ablația peretelui extern al aditusului, schija se dislocă trăgând-o înafară cu delicatețe ca să nu rănim facialul sau alt perete al casei timpanului, mai ales că schija era mare (de 1½ cm.) și colțuroasă așezată aproape în axa conductului. Sinusul lateral fiind foarte proclivent a fost descoperit în cursul trepanației mastoidiene. Prin pansamente zilnice cu eter iodoformat, sulfamide, secreția din conduct dispare, pareza facială își revine și rănitul este evacuat pentru a continua pansamentul în zona interloară.

Obs. IV. Frit. P. N. ctg. 1936 din Bat. 4 V. M. rănit prin schije de brandt la nivelul mastoidel stângi, este evacuat prin ambulanța 37 Munte la spitalul nostru, unde sosește după 24 ore de la rănire cu avionul. **Ex. local:** Plagă tangențială profundă prin schije a regiunii mastoidiene stângi cu ruptura parțială a pavilionului; sdrobirea mastoidel și pierderea de substanță osoasă cu descoperirea sinusului lateral și a dureri cerebeloase până aproape de regiunea occipitală. **Operația:** După incizia de completare retroauriculară se decolează cu multă atenție părțile moi rămase, având grijă ca eschilele să nu se infunde și mai tare în masa cerebrală. Mastoida apare sdrobită în totalitate, din ea se detașează eschile mari cu hemoragie, masivul facialului se elimină pe o mare întindere, turburări iritative din partea nervului facial, nu apar însă. Vârful mastoidel se detașează în totalitate descoperindu-se cotul inferior al sinusului lateral. În porțiunea lui verticală se întâlnește o eschilă acoperită cu resturi de mușchi și tegument, cu un colț înfipt în lumenul sinusului după îndepărtarea căroră apare, o hemoragie accentuată din sinus, ca dovadă că nu se formase un trombus total în lumenul lui. Se tamponază compresiv cu o meșe angajată între tabla in-

ternă a calotel și sinus, apoi se continuă curățirea plăgii, înafara sinusului. Aci se găsește o ruptură a dureri cerebeloase retrosinusale, produsă tot de vârful unei eschile osoase. Se face o desinfecție cu tinctură de iod apoi se pansează cu meșe imbibate în eter iodoformat.

Din aceste patru observații se poate deduce, cât de ușor acești răniți, puteau face complicații meningoencefalice mortale, dacă nu erau operați la timp. Infecția din rino-faringe pe calea trompel lui Eustache și casa timpanului, poate prinde foarte repede meninge, așa cum se putea întâmpla în primele două cazuri cu substanța cerebrală herniată în mastoidă complet sdrobită.

La cazul al treilea cu schije în casa timpanului și oțită acută supurată cu pareza facială, infecția se putea transmite în câteva ore la meninge de-a-lungul apeductului lui Falloppé lezat.

Cazul al patrulea arată posibilitatea unei septicemii masive prin intermediul sinusului lateral.

Am ales aceste patru cazuri mai demonstrative pentru a arăta posibilitatea propagării rapide a infecției din rino-faringe pe toate căile, la meninge și encefal, în cazul plăgilor de război întâlnite în regiunea auriculară.

O altă categorie de plăgi de război care se produc mai des, tot în luptele defensive, sunt cele ale feței, interesând piramida nazală, fosele nasale și sinusurile feței, etc.

Redăm mai jos observațiile următoare:

Obs. V. Cap. T. V. 27 ani Reg. 95 Inf. din Comuna Drăghiceni, Jud. Romanai, rănit în Cuban în ziua de 14 Iunie 1943 prin schije de brandt, în regiunea frontală. Este adus prin intermediul unei formații sanitare germane cu avionul la Spl. 7 Camp. după 20 ore de la rănire. **Ex. local:** Plagă distructivă cranio-cerebrală în regiunea frontală pe o întindere de 7—8 cm. cu sdrobirea sinusurilor frontale și a arcadei sprâncenoase drepte; eschile mari infundate în lobii frontali, cu substanța cerebrală hemoragică herniată în plagă; echimoze conjunctivo-palpebrale bilateral. Temperatură și agitație cu confuzie. **Operația:** Lambourile cutanate sdrențuite se decolează împreună cu perlostul până în regiunea parietală unde apare calota sănătoasă. După îndepărtarea eschilelor mari apare un hematom compresiv pe linia mediana, după curățirea căruia plaga se umple cu sânge venos și după tamponament, se constată că sinusul longitudinal superior este lezat. Se tamponază acest sinus până la oprirea hemoragiei, apoi se elimină chlagurile de sânge și substanța cerebrală necrozată în care apar o serie de schije metalice. Din cauza acestei plăgi sdrobite comunicarea cu fosa nazală dreaptă se face dificil prin o lărgire a canalului fronto-nasal, se refac apoi lambourile cutanate pe cât e posibil, desinfecția înguroasă a foselor nasale. Tratamentul post-operator cu sulfamide în cantitate masivă, se face timp

de opt zile până la scăderea temperaturii. Pansamente rigurose sterilizate și imbibate cu eter iodoformat 10%. Bolnavul fiind agitat nu i s'a putut face anestezia locală și s'a recurs la evipan. Deși i s'au administrat numai 16 cmc. soluție evipan, totuși bolnavul a prezentat o stare de intoxicație gravă cu lipsa totală a reflexului corneean și pupilar, cu toate că s'au administrat intravenos două fiole strihnină nu și-a revenit decât la 8 ore după operație. Această întâmplare demonstrează observația clasică, de a evita anestezia generală în plăgile craniene de război. După patru săptămâni bolnavul a fost evacuat cu plaga de cicatrizare prezentând însă o infundare accentuată.

Obs. VI. Sold. C. A. ctg. 1924, Bat. 23 V. M., Comuna Suhala, Jud. Teleorman, rănit la față, în luptele din Cuban, este împresurat de dușmani și sortit să rămână în plin câmp, nepansat trei zile, este dus apoi la spital cu avionul, unde i se constată următoarele: Plaga infectată distructivă a feții cu despicarea piramidei nasale și buzel superioare, cu pierderea de țesuturi și comunicare cu fosele și sinusul maxilar drept prin sdrolirea arcadei dentare superioare. Temperatură, febrilitatea plăgii, starea de astenie accentuată. După anestezia generală cu evipan se face toaleta plăgii, se îndepărtează eschilele, care în mare parte sunt transformate în sechestre. Pe un tamponament de susținere a foselor nasale, se repun lambourile din piramida rămasă, după ce în prealabil a fost drenat larg sinusul maxilar drept, în care s'a găsit chlaguri, resturi de tegumente, eschile, resturi de dinți, etc. S'a refăcut prin sutura buzel superioare. Pansamente cu oleu de parafină steril. După demersare rănitul și-a reluat respirația nasală, care fusese compromisă prin infundarea resturilor din piramida nasală. Plaga fiind numai facială și neinteresând endocranul evipanul a fost bine tolerat. După zece zile bolnavul a fost evacuat cu plaga pe cale de cicatrizare.

Obs. VII. A. N. 40 ani, căpitan în marina română, rănit la baza piramidei nasale și arcada sprâncenoasă dreaptă, prin schije de avion. Se prezintă la spital după 20 ore dela rănire. Ex. local: Plaga penetrantă a piramidei nasale și a arcadei sprâncenoase drepte cu sdrolirea oaselor proprii și comunicarea cu ambele fose nasale. Operația: Prin intermediul plăgii se curăță fosele nasale și resturi de etmoid sdrolite, eschile și se redă respirația nasală, arcada sprâncenoasă din dreapta prin detașarea ei forma o eschilă aderentă de pleopa superioară, se la această eschilă și întrebunându-se ca grefon, se așează în locul oaselor proprii nasale, se suturează tegumentele rămase prin lunecarea unui lambou frontal spre piramida nasală. Se tamponează fosele nasale 24 ore și după demersare, bolnavul rămâne cu o respirație nasală bună. La 10 zile se constată că autogrefonul sprâncenos s'a consolidat în piramida nasală.

După două săptămâni bolnavul este evacuat, plaga fiind aproape vindecată.

Obs. VIII. Serg. Maj. S. O., ctg. 1938, Reg. 9 Roșiori, din Alban, Jud. Buzău, a fost rănit la data de 25 Iulie 1943, în luptele din Cuban. Ex. local: Plăgi penetrante ale obrazului stâng, interesând oblic sinusul maxilar stâng, partea posterioară a septului nasal cu retenție de schije în fosa pterigo-maxilară dreaptă. Secreții purulente la nivelul plăgilor în fosa nasală stângă. Conduita operatorie: Retenția schiilor în fosa pterigo-maxilară dreaptă, fiind bine tolerate, fără nicio turburare nervoasă sau din partea masticației se renunță la extracția lor. Curățirea sinusului maxilar se face pe calea obișnuită, găsindu-se în interiorul lui secreții purulente, resturi tegumentare, eschile și coaguli sângelui. Se face apoi o comunicare largă cu fosa nasală. Plăgile cutanate se curăță și se suturează. Bolnavul este evacuat la opt zile, aproape vindecat.

Obs. IX. Sold. G. G. ctg. 1936 din Comuna Prinelele Mihail, Jud. Ilfov, rănit pe frontul din Cuban, este evacuat cu avionul după trei zile dela rănire, fiind înconjurat de dușmani. Ex. local: Plăgi supraorbitară stângă supurată, edemul accentuat al ambelor pleoape, sdrolirea sinusului frontal stâng cu retenție de schije. Operația: Prin îndepărtarea eschilelor se elimină planșeul sinusului și arcada sprâncenoasă, se extrage schija (2 1/2 cm.) se curăță sinusul frontal și se face drenajul prin fosa nasală cu o meșe groasă introdusă în canalul fronto-nasal mult lărgit. După toaleta plăgii se face sutura ei, lăsându-se un mic dren în unghiul extern al plăgii. Rănitul este evacuat la 10 zile pe cale de vindecare.

Cazuri similare cu observațiile înscrise mai sus, au fost nenumărate. Plăgile cervicale foarte reduse ca număr au fost mai mult plăgi bipolare cu leziuni minime ale tracheei, laringelui sau cavității bucale, diferite paralizii ale nervilor cranieni etc. Plăgi oarbe erau acelea, la care schije erau oprite în coloana cervicală. Tabloul clinic fiind grav, deoarece era interesată și măduva cu diferite paralizii, astfel de răniți fiind evacuați cu avionul imediat în zona interloară.

În rezumat, din observațiile înscrise mai sus rezultă următoarele:

1. În războiul defensiv, când luptătorul trebuie să privească dușmanul în față, plăgile craniene și faciale sunt din cele mai frecvente. Cavitățile specialității otorino-laringologice cu o suprafață anatomică destul de întinsă, sunt foarte mult expuse la proiectilele armelor automate atât de variate și complexe din actualul război.

2. Prin o legătură anatomică directă cu mediul exterior aceste cavități sunt în permanență cavități septice, constituind un mare pericol de infecție pentru orice plagă de război din vecinătatea lor sau în directă comunicare cu aceste cavități.

3. Azi, când frontul nostru se află la distanțe apreciabile de granițele țării, răniții cu astfel de plăgi nu pot aștepta să fie evacuați la distanțe prea mari, ei trebuie să fie operați imediat, deoarece microbii acestor cavități septice invadează rapid plăgile proaspete de război și pot da complicații grave, în primele zile, alteori în primele ore, compromițând nu numai funcția fiziologică, ca auzul, respirația, vorbirea, ce depinde de aceste cavități, dar pot pune în pericol viața rănitului prin propagarea infecției la meningele cerebrale.

De aceea toți răniții cranieni sau faciali sunt transportați în cel mai scurt timp posibil la primul spital de campanie unde trebuie să funcționeze și un serviciu de chirurgie oto-rino-laringologică.

4. Se pare că la noi, specialitățile oto-rino-laringologice nu i s'a dat atențiunea cuvenită în urgența chirurgiei de război ca la alte națiuni, unde oto-rino-laringologia a fost reprezentată de specialiștii de seamă la toate manifestările științifice și congresele chirurgiei de război. Această specialitate nu poate fi subordonată chirurgiei mari, deoarece sunt excepționali acei chirurghi care să aibă obligația unei trepanații de detal pe mastoidă sau stâncă, a unui drenaj larg al sinusului maxilar, sau al sinusului frontal prin o largire a canalului fronto-nasal, chirurgie prin endoscopie faringo-laringeană etc.

5. Plăgile de război din domeniul oto-rino-laringologiei, în majoritatea lor se prezintă sub cele mai variate și impresionante forme, cu destrucții de organe în grade diferite. În fața acestui polimorfism de țesuturi distruse, regulele fixe de chirurgie sunt excluse. Atci

trebuie să intervină conduita personală a chirurgului, care trebuie să caute toate posibilitățile pentru a împiedica infecția din spre cavitățile septice printr'un drenaj larg, respectând în același timp pe cât e posibil și funcția fiziologică a organului respectiv.

6. Toate plăgile cranio-auriculare care interesează labirintul și meningele, trebuie operate imediat, fiindcă se produce rapid o infecție meningo-encefalică, prin intermediul mastoidel (cazul I și II), labirintului (cazul III) sau sinusul lateral (cazul IV). Rino-faringele prin intermediul trompei lui Eustache constituie o infecție continuă pentru aceste plăgi auriculare.

7. O altă categorie de plăgi de război, care se produc mai des tot în luptele defensive, sunt cele ale feței, interesând piramida nazală, fosele nasale, sinusurile feței și prin intermediul acestora, cutia craniană. Plăgile sinusurilor frontale penetrante și în endocraniu, se pot infecta foarte repede prin intermediul foselor nasale, de aceea drenajul larg al canalului fronto-nasal (Ogston, Luc, Jaques) este absolut indicat. Plăgile penetrante ale sinusurilor maxilare se drenează larg prin intermediul foselor nasale (Luc, Denker). Drenând larg aceste cavități săpate în oasele feței, se poate respecta și partea estetică prin o sutură primitivă a plăgilor tegumentare, chiar până la câteva zile dela rănire.

8. Plăgile de război din domeniul oto-rino-laringologiei, cu cât se operează mai repede, cu atât se poate salva mai sigur nu numai viața răniților, dar prin urgența operației, se evită supurațiile cronice interminabile, auriculare, sinusale etc. și răniții pot fi redați ostilei în majoritatea cazurilor și în cel mai scurt timp posibil.

Probleme terapeutice

Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive estivale în mediul rural și urban cu sulfatiazol și sulfapiridină

de

Dr. Scurtu Alexe — Dr. Benchea Veturia

Apropiindu-se sezonul de vară, când mortalitatea infantilă prin turburări digestive atinge proporții mari, atât în mediul urban cât și mai ales în mediul rural, am crezut nimerit să aduc unele contribuțiuni la tratamentul afecțiunilor digestive prin aplicarea sulfatiazolului cât și a sulfapiridinei comparativ cu rezultatele obținute prin același regim, însă utilizând seroterapia antidi-zenterică.

În țara noastră primele încercări au fost făcute încă din anul 1941 cu intensificare mai ales în vara anului 1942 cu rezultate foarte bune, de către Clinica infantilă Cluj—Sibiu (Director Prof. Dr. Gh. Popoviciu),

iar mai târziu a fost publicate cazurile observate de Dr. Dăncilă Ștefan și de Dr. Stroe.

Domnul Prof. Dr. Gh. Popoviciu tratează următoarele turburări digestive: 17 dispepsii ușoare, 29 dispepsii grave, 6 toxicoze, 58 dizenterii.

Tratamentul aplicat este regim, sulfamide, însă fără ser antidi-zenteric.

Regimul a fost la copii sub 1 an următorul: Ceai de afine, supă de morcovi, morcovi rași, mere rare, afine crude pasirate, supe de orez, și trecere treptată la alte alimente, chiar la copii mai mari carne, șuncă fără grăsimi.

Administrează dăgenan, zilnic 2—3—4 tablete fracționat, cu bicarbonat de sodiu și ceal plus face transfuzie de sânge și injecții cu extract de ficat injectabil (Hematrat, Hepacit, Campolon).

Durata de administrare e de 5—6 zile în formele ușoare; 8—10 zile în formele grave.

Rezultatul în turburările digestive estivale este că mortalitatea care înalte era de 50—60% cu sulfapiridină, o scade la 1,9%.

Mortalitatea din toxicoze dela 70—80% o scade la 16,6%.

În dizenterii mortalitatea o scade la 3,4%.

Cantitatea de sulfamidă administrată în dizenterii e de 0,10—0,20 gr. pe kg. greutate zilnic, doza pe care o scade la jumătate cu ameliorarea simptomelor clinice.

Dr. Ștefan Dăncilă obține următoarele rezultate în mediul rural Sălște, jud. Siblu și Părâuș, jud. Suceava în vara anului 1941, folosind dintre sulfamide dăgenanul.

Rezultatele obținute diferă după cele două grupe, socotind în fiecare grupă numărul de zile precoce sau tardive la care s'a prezentat bolnavul la consultație.

Grupa I. Sunt bolnavi în număr de 8 adulți și copii aduși la medic, la 1—2 zile dela începutul boalei.

Doza de dăgenan la adult e de 5 gr. pe zi, la copii peste trei ani administrează 2—4 gr. pe zi.

Tratamentul decurge 5 zile, în ultimele zile doza de dăgenan fiind redusă la $\frac{1}{2}$, obține vindecarea în 5 zile.

Gr. II. — au fost tratați 16 bolnavi aduși la 4—6 zile dela începutul boalei la care se aplică tratamentul ca mai sus.

Vindecarea obținută în a doua grupă e între 5-8 zile.

Dr. Stroe, tratează un grup de 27 bolnavi la București dintre cari: 8 dizenterie bacilară, 19 enterită dizenteriformă.

Vârsta bolnavilor este dela 5—10 ani, iar cantitatea de eleudron administrată a fost de 6,9 gr. în dizenterii bacilare și 7,11 gr. în enterocolite dizenteriforme.

Durata medie a boalei a fost între 2—8 zile, apoi tratează un alt grup de 16 bolnavi cu dizenterie bacilară și 16 cu enterită dizenteriformă.

Vârsta acestor bolnavi e peste 10 ani.

Cantitatea de eleudron în medie e de 8,11 în enterocolite dizenteriforme și 11 gr. în dizenterii bacilare.

Durata bolii în medie e de 3-11 zile.

La București cercetări în sensul autorilor de mai sus cu foarte bune rezultate obține D-l Dr. Popovici Lupa la Spitalul de copii, folosind dintre sulfamide eleudronul în dizenterii și enterite dizenteriforme.

În mediul rural Dr. Scurtu observă un număr de 29 de enterite dizenteriforme și dizenterii (diagnosticate bacteriologic) în comuna Râșnov, jud. Brașov, în vara anului 1942.

Grupa A). Dintre cei 29 de bolnavi 5 bolnavi au fost tratați cu regim, ser antidizenteric, octinum și eldoform.

Vârsta copiilor e dela 4—12 ani.

Regimul alimentar a fost următorul:

Mere rase proaspete 400—600—800 gr. zilnic urmat 2—3 zile, iar în restul zilelor s'a administrat supe de orez, supe de morcovi, compot de afine, cu ameliorarea simptomelor clinice: pâine prăjită, brânză dulce de vacă cu mămăliguță, șuncă.

Contra tenezmelor și durerilor abdominale s'a folosit octinum, iar după cedarea fenomenelor acute s'a dat eldoform.

La acești 5 copii cu enterita dizenteriformă și dizenterii s'a administrat ser antidizenteric polivalent în cantitate de 20—40—60 cmc. intramuscular zilnic.

Din acești bolnavi 4 sau vindecat dar au făcut și boala serului, care a fost tratată imediat ca calciu, cebion și adrenalină.

Unul din cei 5 bolnavi a murit (cu dizenterie gravă).

Gr. B). Cuprinde un număr de 24 bolnavi cu enterită dizenteriformă și dizenterii a căror vârstă era între 6—12 ani.

Regimul a fost cel de mai sus, însă de data aceasta am folosit eleudronul 0,20 gr. pe kgr. și pe zi.

De dată recentă au fost observate 4 cazuri în Clinica Infanției la Siblu, de către Dr. Dăncilă Șt. și Dr. Benchea V. de enterită dizenteriformă și toxicoză, iar 9 cazuri de enterită dizenteriformă au fost tratați ambulator.

Aceste cazuri au fost tratate după cercetările făcute de Dl Prof. Dr. Gh. Popoviciu și colaboratori și sunt importante prin faptul că au fost aduși bolnavi într-o stare extrem de gravă, unul având toxicoză, și unde regimul alimentar a fost observat în mod mai precis decât în mediul rural.

Vârsta bolnavilor a fost între 8 $\frac{1}{2}$ luni—4 ani.

Regimul alimentar la copiii sub 1 an a fost cu ceal, mere rase, sau aplonă, morcovi rași, afine, supă moro, lapte acidulat, lapte cu grăis, iar la copiii mai mari și brânză dulce de vacă cu mămăliguță, pâine prăjită, diferite preparate făinoase, șuncă.

S'a administrat eleudron și dăgenan. Cantitatea a fost socotită la 0,15—0,20 gr. pe kgr. greutate și zi.

Durata tratamentului a fost de 4—6 zile, primele ameliorări survin între 24—48 de ore.

Cazurile vindecate sunt trei, iar unul a sucombat, fiind cu toxicoză și a ajuns târziu în Clinică.

Acțiunea sulfamidelor s'a observat curând prin influențarea numărului și consistența scaunelor, cu ușurarea durerilor abdominale și tenezmelor, prin modificarea temperaturii ridicate și ameliorarea întregii stări generale.

Paralel în aceste cazuri s'a administrat vitamină C, extract de ficat și injecții cu sânge.

ANEMOCIT

Injectii à 2 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deșpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT FORTE

in fiole à 5 cmc.

Extract de ficat injectabil, bine desalbuminat și deșpoldat

Cuții cu 5 fiole à 2 cmc.

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

ANEMOCIT DRAGELE

Flacon à 30 bucăți

Formula:

Principiu antianemic din ficat	0,03	gr.
Protoxalat de fier	0,05	"
Complex vitaminic B din drojdie	0,10	"
Extract de mucoasă stomachică	0,10	"
Excipient aromatizant	0,25	"
pe bucată.		

Anemii pernicioase, gravidice, convalescență.

CEREBROTONIN

Tonic reconstituant pe bază de glicerofosfați, extract de ficat și vitamina B.

Forma A cu arsen

Formula:

Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B. extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Metilarseniat de sodiu	0,05%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Forma B fără arsen

Formula:

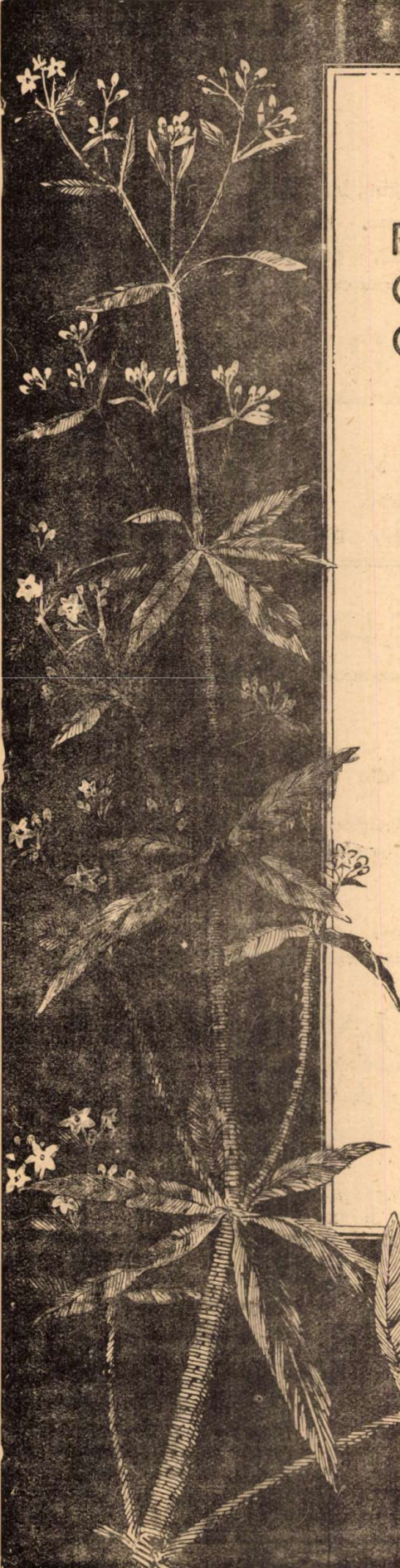
Glicerofosfați/Ca, Fe, Na și strichnină	3%
Vitamina B extract concentrat	2%
Extract de ficat concentrat	1%
Gluconat de calciu	1%
Clorură de magneziu	0,5%
Formiat de sodiu	0,2%
Extract de cola	1%
Clorură de mangan	0,02%
Excipient aromatizant q. s. ad.	100 cmc.

Stări de slăbiciune nervoasă, anemie, depresiune, neurastenii, surmenaj, convalescență.

Mostre și literatură:

„NEOFARM“ Laborator Chimico-Farmaceutic

București V, Calea Vitanului 11 — Telefon 5.73.46.



IN CALCULOZA
RENALĂ ȘI VEZICALĂ, PRE-
CUM ȘI PENTRU IMPIEDI-
CAREA NEOFORMĂRII
DE CONCREȚIUNI

Rubia Teep

DOZAREA:

Ambalaj original cu 18 tablete
Literatură și mostre
prin reprezentanța generală

„TRANSMARE” S.A.R.

BUCUREȘTI III STR. NICOLAE GOLESCU Nr. 15

TELEFON: 5-83-10



Concluzii: 1. În mediul rural au fost tratate 24 cazuri de enterite dizenteriforme și dizenterie, care s-au vindecat cu eleudron. 2. Cantitatea a fost 0,20 pe kgr. greutate în primele zile cu reducerea cantității la ameliorarea simptomelor. 3. Durata tratamentului medle e de 4—5 zile. 4. În acest timp se administrează vitamina C Hepatrat și inj. cu sânge. 5. Se observă vindecarea enteritelor dizenteriforme chiar și la observare mai puțin riguroasă a regimului ca în Clinică, administrând însă eleudron în cantități suficiente. 6. Au fost tratate tot în mediul rural 5 cazuri de enterite dizenteriforme și dizenterie cu ser antidizenteric, 4 cazuri au fost vindecate 3 au făcut boala serului, un caz mortal. Durata tratamentului cu ser antidizenteric este între 10—12 zile.

În rezumat se recomandă în turburările digestive tratament precoce, cu deosebire eleudronul care e mai bine suportat. Dozele să fie mai 0,15—0,20 gr. pe kgr. greutate și zi date fracționat cu bicarbonat de sodiu și ceal.

Regimul alimentar sub un an: În primele 24 ore sugarii vor primi: ceal cu zaharină, supă de morcovi,

morcovi rași, mere rase (aplona), decoct de orez, afine crude paslate.

A 2-a zi: lapte de mamă, 5×60 sau 6—7×40—50 restul soluție de zahăr alimentar 5%. Cantitatea se mărește cu 100 grame la zi, până se ajunge la 70—80 calorii pe kgr. greutate.

În lipsă se poate folosi: zăre (eledon), calciactin, lapte degresat acidifiat, lapte albuminos, larosan, cafoselnă. Alimentele notate, se vor completa cu 3—5 zahăr alimentar. În caz de necreștere în greutate se mărește concentrația zahărului alimentar până la 6—10%. Regimul se continuă 4—6 săptămâni. Nu prelungim dieta alimentară prea mult cu făinoase și cereale din cauza pericolului distrofiilor.

La copii peste un an, se adaugă și mămăliguță cu brânză de vacă, carne, șuncă fără grăsimi.

În mediul rural se recomandă sulfamidoterapia din următoarele motive: 1. Ușurința administrării sulfamidelor. 2. Rapiditatea în acțiunea lor. 3. Sunt bine suportate. Nu avem accidente serioase ca în folosirea serului antidizenteric.

Cu privire la bolnavii de turbare

de

Dr. Filip Păunescu

În revista „Ardealul Medical” Nr. 9 din Septembrie 1943, citesc activitatea subcentrului antirabic Sibiu, la rubrica 13:

„Observația clinică a celor patru cazuri de turbare internate în serviciul nostru în cursul celor patru ani de activitate”.

Nu însușirea tratamentului cu vaccin antirabic m'a lăsat, ci tratamentul turbării declarate și anume morfină în cantitate mare și la intervale scurte și repetate, ca ultimă consolare înainte de sucombare. În aceasta și numai în aceasta, stă singura armă terapeutică în turbarea declarată. Mai tragic, nici nu se poate. Să privești la desfășurarea întregului cortegiu simptomatic al turbării până la sucombare și să nu fii în stare să-l alini durerea sfâșietoare decât prin doze repetate de morfină înainte de sucombare. Toată lumea medicală este de acord, că odată ce turbarea este declarată pronosticul este moartea. *Încă din anul 1932*, când m'am ocupat cu oxigenul saturat prin vaporii de apă intravenos ca armă terapeutică la gazași, experimentând pe câinii intoxicați cu oxid de carbon și urmărind fazele intoxicației animalului până la moartea aparentă am fost lăsat de asemenea tabloulul clinic cu acel al începutului și terminării turbării declarate. Acest fapt

m'a determinat, ca împreună cu d-l Dr. Negulescu, medicul veterinar al orașului Giurgiu, să facem o experiență cu titlu de încercare la un câine turbat introducând în vena safenă dela picior, oxigen saturat prin vaporii de apă. Câinele turbat ce l-am ales pentru experiență, prezenta forma mută în vorbirea veterinară. Rezultatul ce l-am obținut a fost încurajator, obligându-ne la continuarea experiențelor cu oxigen saturat prin vaporii de apă.

Mai târziu, în „Presse Medicale” Nr. 64-65 din 28-31 August 1940 la rubrica „Academie de Sciences” din 6 Mai 1940, citesc:

„Influența vaporilor de apă asupra activității pudrei de virus rabic”. Paul Remlinger și Jaque Bailly au studiat influența urmelor de vaporii de apă asupra pudrei obținută prin uscarea în vid a unui creier de iepure mort de turbare. Pudra virusului menținută la adăpost de orice urmă de vaporii de apă conservă virulența sa timp de mai multe luni, în timp ce aceeași pudră expusă la urme ce conțin 2 cc. de aer, pierde după câteva săptămâni toată puterea patogenică. De asemenea nu numai prezența vaporilor de apă împiedică conservarea virulenței, dar chiar o umiditate minimă produce eșecul inoculației. Relațiunea existentă între umiditate și pierderea virulenței, substanțe iner-

voase rabice, trebuie să fie raportată la proprietatea proteolitică, care se găsește în țesutul nervos, ca și în toate țesuturile în general. Prezența apel fiind prima condiție de activitate a acestui factor.

Cercetările de mai sus cât și cele experimentale făcute pe animale de mine prin *oxigen saturat prin vaporii de apă intravenos*, dovedesc că puterea patogenică a virusului rabic este neutralizată atât în vitro cât și in vivo. Rămâne verificarea prin proba clinică. Ori aceasta cade în sarcina Institutelor antirabice, ce au posibilitatea de spitalizare a bolnavilor de turbare.

Aparatul de care m'am folosit, ca să introduc oxigenul saturat prin vaporii de apă în vena safenă de la piciorul animalului, am căutat să fie cât mai simplu de făcut și cât mai practic pentru introducere.

Am luat un flacon de sticlă de capacitate 2 litri, prevăzut cu un dop de cauciuc cu două perforații. Prin ele se introduc două tuburi de sticlă îndolite în unghiul drept. Unul mai lung mergând până aproape de fundul flaconului. Ambele tuburi de sticlă sunt în legătură cu tuburi de cauciuc. La unul din cel mai scurt se adaptează un corp de sîrîngă, unde se pune acul pentru introdus în venă, bine înțeles după o prealabilă sterilizare. Al doilea tub de cauciuc face legătura între tubul lung de sticlă și un vas cu apă așezat la un metru înălțime. Ambele tuburi de cauciuc sunt prevăzute cu câte un robinet. Unul oprește sau micșorează eșirea oxigenului din flacon, altul micșorează sau oprește

scurgerea lichidului din vasul cu apă. Încărcarea aparatului cu oxigen se face în modul următor: Flaconul se umple complet cu apă. Tubul de cauciuc la care este adaptat corpul de sîrîngă se pune în contact cu un balon de oxigen. Prin preslunea exercitată asupra balonului, oxigenul împinge lichidul din flacon și îl ia locul până rămâne în fundul flaconului apa de 2-3 cc. Se închide robinetul și flaconul încărcat poate să păstreze oxigenul 6-8 zile. Ca să ne convingem că avem oxigen în flacon procedăm în modul următor: Luăm un chibrit aproape stins, deschidem robinetul dela tubul în contact cu vasul de apă așezat la un metru înălțime și prin preslunea exercitată de această coloană de lichid, gazul este împins din flacon afară prin corpul de sîrîngă și reaprinde chibritul de care ne-am servit. Din această descriere a încărcării flaconului cu oxigen, se vede destul de clar, că gazul la locul apel din flacon și este împins din flacon afară tot prin apă. Ținând seamă, că coeficientul de solubilitate a oxigenului în apă este de 28 la litru, tocmai aceasta este secretul introducerii gazului în sânge, de fapt un mic artificiu de calcul.

În rezumat: Umiditatea în general și oxigenul saturat prin vaporii de apă în special au puterea de a neutraliza acțiunea patogenică a virusului rabic. În consecință, cred că înainte de a face opiacee bolnavului de turbare, pentru a i se ușura suferințele înainte de sucombare, să i se introducă oxigen saturat prin vaporii de apă intravenos.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 5 Noembrie 1943

Prezidează: d-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU, președinte.

Dr. Aurel Nana și Dr. Ovidiu Magda: Un caz de meningiom apărut după un traumatism.

Autorii prezintă cazul unui bărbat de 45 ani, care a intrat în Clinica Chirurgicală la 21 Iunie 1943, cu o tumoră de mărimea unei portocale în regiunea occipito-parietală stângă.

Boala actuală, pentru care a venit în clinică, datează de aproximativ un an, când a suferit un traumatism la nivelul regiunii occipito-parietale stângi, unde s'a lovit cu o rangă de fier. După traumatism a apărut o tumefacție ușor dureroasă, de mărimea unei nuci, care după câteva zile a dispărut complet.

În luna Ianuarie a. c., adică la 6 luni după traumatism, bolnavul a observat la același nivel apariția unei tumori, care crescând treptat a ajuns la dimensiunile actuale.

De 2 luni bolnavul are dureri cu iradieri spre regiunea frontală, dureri mari care nu-l lăsau să doarmă nici în timpul nopții. De o lună i s'a tumefiat pleoapa superioară dreaptă și i-a scăzut vederea ochiului drept. În timpul din urmă bolnavul a prezentat o somnolență continuă.

La examenul local se constată în regiunea occipito-parietală stângă o tumoră de mărimea unei portocale, de consistență dură, ireductibilă, ușor mobilă, iar prin baza largă de implantație aderentă de planurile profunde. Tegumentele deasupra tumorii sunt destins și mobile, fără semne de alterațiuni inflamatorii.

În 23 Iunie 1943 se face intervenția chirurgicală sub anestezie locală cu novocaină și se extirpă tumora în întregime. La intervenția chirurgicală se constată că tumora pătrunde în interiorul cutiei craniene printr-o breșă osoasă, delimitată de un ușor cadru osos. Tumora prezintă o vascularizație foarte abundentă la suprafață și are o membrană de inveliș, care lipsește în bună parte la baza tumorii, unde găsim formațiuni chistice cerebrale de vecinătate, puternic aderente de masa tumorală.

În partea medială a tumorii s'a deschis în parte sinusul longitudinal, fiind puternic aderent de tumoră. Hemoragia care s'a produs a fost oprită prin tamponare.

La examenul isto-patologic făcut de d-l Prof. Titu Vasiliu, în secțiunile făcute se constată o structură tumorală epitelială; se văd tuburi și alveole formate din celule cubico-cilindrice; lumina de cele mai multe ori este cavitară și conține celule și fragmente fibrilare albuminoase provenite din distrugerea celulelor superficiale. Nu este o structură glandulară propriu zisă. În jurul alveolelor se vede o strobă conjunctivă, pe alocuri bogată și formată

din trabecule mari, conjunctive. Nu sunt cariochineze atipice. Nu sunt caractere de malignitate.

După interpretarea d-lui Prof. Titu Vasiliu tumora a plecat dela meningele moale, fiind un meningioma.

Evoluția postoperatorie a decurs în condiții normale. A doua zi după operație bolnavul nu a mai acuzat niciun fel de durere și de atunci a putut dormi liniștit, fără a se trezi din somn din cauza durerilor ca înainte de operație. De asemenea deodată cu dispariția durerilor au dispărut și tulburările de vedere pe care le avea la ochiul drept. Temperatura s'a menținut normală în tot timpul evoluției postoperatorii.

Plaga s'a cicatrizat per primam. În ziua de 8 Iulie 1943 bolnavul părăsește clinica vindecat.

Meningiomele sunt de obicei tumori solitare mici, care iau naștere și se dezvoltă pe seama arachnoidei.

Caracterul esențial și principal al acestor tumori este faptul că ele sunt bine delimitate prin o capsulă proprie, care le separă de creier, care nu este invadat, ci numai compresionat.

De cele mai multe ori meningiomele sunt extra-cerebrale și vin în acest caz în conexiune directă cu dura-mater, de care aderă. Exceptional se pot găsi în mijlocul substanței cerebrale fără nicio conexiune aparentă cu meningele.

În mod obișnuit însă, meningioma se comportă ca o tumoră benignă, încapsulată, unică, fără tendințe la recidivă, care permite o vindecare definitivă prin ablație. Ele nu invadează substanța cerebrală, ci numai o comprimă, săpând veritabile nișe. Se insinuează pe fața oaselor și în crăpături, producând la acest nivel destrucții osoase sau reacții osteogenice. Provoacă o vascularizație abundentă în vasele cerebro-meningee adiacente tumorii, de unde accentuarea amprentelor vasculare ale diploei, cu neoformațiune vasculară considerabilă; aceste vase de neoformație pătrund cu tumora în oasele vecine, săpând adevărate canale.

Meningiomele pot suferi degenerescența calcară, părțile cele mai vechi ale neoplasmului infiltrându-se cele dintâi.

În anumite cazuri foarte rare meningioma își pierde capsula sa limitantă formată din țesut conjunctiv și invadează în mod direct creierul (*Rove S. N.*). Tumora ia atunci un caracter de malignitate locală, care complică extirparea ei, din cauza lipsei încapsulării.

În vecinătatea tumorilor meningeale, ca și a diverselor altor formațiuni tumorale (hemangioame, tuberculi, etc.) se întâlnesc frecvent modificări vasculare ale substanței cerebrale, cu formare de chiste cerebrale de vecinătate, așa cum a fost și în cazul nostru. Cavitățile chistice pot fi uneori evidențiate prin examenul radiografic, prin ventriculografie (*Askenazy și David; Petit-Dutailis, Bertrand și Sigwald*).

În alte cazuri, cum a fost și în cazul nostru, meningioma se poate exterioriza prin formarea unei breșe osoase, prin erodarea osului. *Giocchino de Luca* relatează cazul unei femei de 56 ani, care prezenta un meningioma cu destrucție osoasă, exteriorizat prin o vastă breșă a parietalului, care măsura 10 cm. în sens sagital și 11 cm. în sens transversal.

În ce privește simptomatologia acestor tumori meningeale, ele pot evolua timp foarte îndelungat fără vreun semn neurologic, uneori fiind chiar surprize de autopsie (*Oltramare J. H. și Rutishauser*).

Uneori prin erodarea oaselor calotei craniene, meningioma se exteriorizează și apare sub tegumente sub forma unei tumori de mărime variabilă, sesilă, cu o bază largă de implantație, cu o oarecare mobilitate, puțin sensibilă la palpare, cum a fost și în cazul nostru.

Prin compresiune cerebrală sau prin invazia directă a creierului, putem întâlni diverse semne de focar, ca: staza papilară, etc.

În stabilirea diagnosticului meningiomei nu poate fi de un real folos examenul radiografic, combinat eventual cu o ventriculo-

grafie. Se poate evidenția cu acest examen conexiunea tumorii cu osul, modificările osoase (lipsă de substanță sau hiperostoze, etc.), deformarea ventriculilor, prezența de cavități chistice, impregnarea cu calciu a tumorii, etc.

În privința tratamentului am amintit că aceste tumori sunt printre cele mai curabile tumori intracraniene, pe cale chirurgicală, pretându-se la o extirpare completă, grație faptului că sunt bine delimitate de creier.

În cazurile unde bolnavul refuză intervenția sau unde tumora are un caracter invadant, se poate utiliza cu oarecare succese radioterapia, meningioma fiind uneori o tumoră radio-sensibilă.

Dr. Petre Țârlea: Dermită livedoidă Nicolau.

Se prezintă cazul unui sergent de stradă de 33 ani, care în cursul tratamentului antisifilitic abortiv, după a 5-a injecție intramusculară cu Bismjochin, administrată la locul și după regulile clasice, la 6 ore simte o tensiune și durere din ce în ce mai accentuată și o tumefiere a întregii regiuni fesiere drepte, iar noaptea a apărut un eritem roșu-livid sub formă de rețea, cu punctul de plecare dela locul înțepăturii și cu direcția supero-inferioară centrifugă, ocupând cadranul supero- și infero-extern, pe o întindere cât o palmă de adult. Bolnavul prezentându-se imediat la consultații, după un repaus și comprese cu Burow, toate fenomenele subiective și obiective au cedat în trei săptămâni, producându-se o restitutio în întregum. Se insistă asupra patogeniei acestui accident local f. rar al bismutoterapiei, care a fost descris de Prof. Nicolau din București, explicația fiind dată printr-o embolie oleioasă cu localizare în rețeaua capilară superficială ori într'un trunchi arterial mai mare, după această localizare variind și intensitatea fenomenelor cutanate, dela un simplu eritem reticular până la o gangrenă cutanată. Acest accident interesează pe oricare medic, specialist ori universal, deoarece azi tratamentul antisifilitic nu este monopolul sifiligrafului, ci un bun comun; este deci, bine ca fiecare să cunoască și riscurile tratamentului antisifilitic în general și ale bismutoterapiei în special.

Dr. Petre Țârlea, Dr. I. V. Traian: Lupus vulgar cu aspectul unui epiteliom pagetoid. Autorii prezintă cazul unui plugar în vârstă de 43 ani, căruia de 10 ani i-a apărut o leziune în regiunea temporală stângă, deasupra sprâncenei, de mărimea unei palme de copil, margini bine delimitate, net circumscrise. Pe culoarea roșie-violacee a leziunii se observă o fină rețea vasculară, zone pigmentate, scoame și cruste. La periferia leziunii se văd câțiva lupomi, prezentând caracterele clasice la vitropresiune și examenul cu stiletul. Pe marginea inferioară prezintă o ulceratie eliptică de mărimea unei monede, cu fundul mamelonat care sângerează la un simplu tamponament. Ulceratia prezintă o infiltrație papiracee. Subiectiv, un ușor prurit. Ganglionii cervico-maxilari respectiv palpabili. Radioscopia pulmonară nu arată nimic important. Aspectul clinic este al unui epiteliom pagetoid obișnuit, exceptând lupomii cari puteau fi considerați ca niște produse necrotice. Pentru clarificarea diagnosticului se face examenul isto-patologic, care arată conglomerat de foliculi t. b. c. formați cu predominanță din celule epiteloide și limfatice. Se observă și celule gigante. Diagnosticul fixat a fost lupus vulgar tubero-ulcero-serpiginos. Descrierea de mai sus corespunde cu cea a unui epiteliom pagetoid. În concluzie, aspectul clinic nu este suficient pentru precizarea diagnosticului dermatozelor cu evoluție cronică, și numai laboratorul este cel care clarifică diagnosticul.

Dr. Petre Țârlea, Dr. I. V. Traian: Sifilis terțiar imitând o sicoză stafilogică. Bolnavul C. T., de 47 ani, se prezintă la consultații și este internat pentru o afecțiune a părții păroase superioare, veche de șase luni. În antecedente nimic important. Afecțiunea i-a apărut, spune bolnavul, în urma unui traumatism pe care l-a suferit la nivelul aripiorei drepte nasale. Leziunea

are formă regulată, dar cu o prelungire în narea dreaptă. Este de mărimea unei monede bine delimitată, fără fenomene inflamatorii, în țesuturile din jur. Este acoperită de cruste groase galbene-brune, perii lipsesc în unele părți, iar în altele sunt rupți și se epilează ușor, având rădăcina înconjurată de un manșon gros, de culoare alb-gălbui. Consistența cartilaginoasă. La detașarea crustelor sângerează abundent. Subiectiv, complet nedureroasă. Organic intern, nimic patologic. Ex. microscopic, negativ. Sero-reacția Wassermann intens pozitivă. Este deci vorba de un sifilis terțiar forma tubero-ulcero-serpiginoasă, declanșat în urma unui traumatism și care la prima vedere inspiră diagnosticul de sicoză, afecțiune foarte frecventă în această regiune. Și aci deci, ca și în cazul precedent, aspectul clinic singur nu poate clarifica diagnosticul, mai ales fiind vorba de sifilis, „marele scamator” (Fournier), care poate imita toate afecțiunile, din orice domeniu al medicinei.

Dr. A. Moga, Dr. C. Meșianu: Leucemia cu polinucleare neutrofile.

Leucemiile pe care le observăm în mod curent în clinică se caracterizează din punct de vedere hematologic prin apariția elementelor tinere în sângele periferic.

Numărul globulelor albe oscilează între cifre foarte ridicate (de câteva sute de mii) și cifre normale.

După această cifră deosebim forme leucemice sub și aleucemice. Modificările calitative întrec însă în importanță pe cele cantitative.

Sunt prea puțin cunoscute formele în care găsim creșterea numărului globulelor albe în sângele circulant cu majoritatea acestora formată din elementele adulte și prea puține elemente tinere.

Deși rare leucemiile cu polinucleare adulte, sunt totuși interesante din mai multe puncte de vedere, după cum vom vedea și din cazul a cărui observație clinică o prezentăm.

Bolnavul nostru, un bărbat de 50 de ani, a fost internat în serviciul Clinicii Medicale II pentru dureri în articulațiile membrelor inferioare, care datau de 3 luni.

Examenul obiectiv evidențiază o anemie foarte pronunțată, cu hepato-splenomegalie. Splina avea dimensiunile pe care le întâlnim în leucemiile mieloid cronice.

Pacientul ne-a comunicat că starea sa generală se alterează de aproximativ 1 an, iar un medic a găsit, înainte cu 3 luni, splina mărită.

De sigur că un astfel de sindrom clinic ne-a făcut să ne gândim la o leucemie mieloidă. Făcând examenul hematologic am constatat un număr de 32 000 leucocite. Spre surprinderea noastră tabloul sanghin ne-a arătat un aspect monoton, cu un procent extrem de redus de elemente tinere și cu un număr foarte mare de polinucleare adulte. (Polinucleare neutrofile 89%, limfocite 9%, eozinofile 1%, metamielocite neutrofile 1%; după 3 zile: leucocitoza 54 000, cu polinucleare neutrofile 91%, limfocite 2%, eozinofile 2%, mielociți 1%, metamielociți neutrofili 4%.)

Polinucleoză atât de ridicată cu o ușoară reacție mieloidă o găsim și în stări infecțioase și în unele carcinomatoze viscerale.

Bolnavul nostru era afebril și nu prezenta niciun simptom de inflamație la nivelul splinei, așa încât am putut exclude o afecțiune inflamatorie (ex. un chist hidatic supurat, împotriva căreia pledau de altfel și reacțiile biologice negative).

Carcinomatozele viscerale sunt însoțite uneori de reacțiuni leucemoide, adică un număr foarte mare de globule albe, cu un procent oarecare de elemente tinere. Noi nu am găsit în cazul nostru niciun simptom clinic sau radiologic care să ne indice prezența unor tumori maligne și splenomegalia atât de pronunțată, precum și puncția splenică pleda de asemenea împotriva unei astfel de afecțiuni.

Rămâne deci stabilit că în acest caz avem de a face cu o variantă a leucemiei mieloid cronice, în care marea majoritate a elementelor e formată de polinucleare adulte.

Cazurile de leucemii cu granulocite neutrofile publicate până în prezent în literatură sunt în număr de 15.

Tocmai pentru că sunt atât de rare, sunt prea puțin cunoscute. De aceea și noi am ezitat la început în stabilirea diagnosticului.

De altfel primii observatori au atribuit splenomegalia unui proces inflamator și au făcut chiar splenectomie și numai examenul histopatologic a arătat că în realitate era vorba de o mieloză.

Consultând însă literatura hematologică am constatat că prin procentul foarte mic al elementelor tinere în tabloul sanghin observația noastră reprezintă unul din cele mai tipice cazuri de leucemii cu polinucleare adulte.

Autorii care s-au ocupat de această problemă au constatat că simptomatologia leucemiei cu polinucleare neutrofile diferă prea puțin de tabloul clinic al mielozelor tipice.

Se remarcă doar atât că unele din aceste cazuri au avut o evoluție mai benignă (durata mai lungă și ameliorările după radio-terapie sunt mai evidente și pentru timp mai îndelungat).

Cu toate acestea tendința la hemoragii este mai frecventă și de intensitate mai mare. Emoragiile preced uneori cu mult apariția celorlalte simptome. S-au semnalat emoragii gastro-intestinale, ematurii, emoptizii, gingivoragii, epistaxis, emoragii după extracții dentare, hematome extinse, emoragii retiniene. În cazul nostru în urma eliminării unor focare de infecție dentară, cu intenția de a combate poliartrita s-au produs emoragii care au durat cu intermitențe 12 zile.

Nu există un paralelism, în toate cazurile între intensitatea emoragiilor și modificările hematologice. Câtă vreme în cazul nostru și în altele numărul plăcuțelor sanghine era destul de scăzut, iar timpul de sângerare și coagulare mărite, sunt descrise observațiuni în care numărul plăcuțelor sanghine era mult sau chiar foarte mult mărit, timpul de sângerare și coagulare normale.

Nici comportarea seriei roșii nu este aceeași în toate cazurile. Mai des se constată o anemie ușoară care la începutul boalei poate lipsi; sunt însă leucemii cu polinucleare în care dela început există o anemie pronunțată (sub 2.000.000) ca și în cazul nostru.

Formele tinere din seria roșie sunt în număr redus sau lipsesc din sângele periferic, fapt ce găsește o confirmare și la bolnavul nostru.

Examenul calitativ și cantitativ al globulelor albe dă nota caracteristică a acestei afecțiuni.

Numărul globulelor albe oscilează în cele mai multe observații între 30—60.000. Abia în câteva cazuri numărul lor s-a ridicat la 100—200.000.

În general procentajul granulocitelor este ridicat în sângele periferic variind între 70—99%.

Cu tot acest procent ridicat polinucleoză e de tip adult, fără deviere dela tipul normal. Ba mai mult găsim destul de numeroase leucocite neutrofile cu nuclei ipersegmentați.

Polinuclearele eozinofile, bazofile, și mononuclearele sunt în număr redus.

Procentul eozinofilelor și bazofilelor poate crește cu evoluția afecțiunii în unele cazuri.

Cifra elementelor tinere oscilează între 1% și 30%.

În acest procent intră metamielociții și mielociții, rar promielociții foarte rar apar mieloblaștii în sângele periferic.

Mielociții ajung până la cel mult 10%, uneori numai până 2%. Proporția mieloblaștilor este foarte redusă.

Am căutat să explorăm aparatul hematopoetic prin proba cu adrenalină, puncția sternală și splenică. Din cauză că au apărut hemoragii puncția hepatică nu am mai făcut-o.

Pentru a nu vă plictisi cu cifre nu dăm în detaliu rezultatul acestor punctii. Reținem doar următoarele:

Câtă vreme în punctia sternală am întâlnit o deviație spre stânga, în sensul că am găsit o *măduvă promielocitară*, punctia splenică a arătat că polinuclearele adulte reprezintă marea majoritate a elementelor, având în același timp o lobulație nucleară bogată și evidentă, iar granulațiile bine vizibile și conturate. În punctia splenică tot din seria mieloidă se mai găsesc și forme tinere cu structura și aspectul promielocitar. De asemeni se găsesc limfociti cum și rare celule plasmatică și reticulare și foarte rar elemente proprii ale splinei, fapt ce dovedește în același timp că am extras în adevăr țesut splenic.

Prin urmare sângele periferic reoglindea procesul care se petrece în splină și nu pe acela din măduva osoasă.

Concordă cu această constatare și faptul că după injecția cu adrenalină deși numărul globulelor albe din sângele periferic a crescut la 90.000 (dela 54.000), creșterea s'a datorit tot înmulțirii grunulocitelor adulte, procentul elementelor tinere fiind numai de 4-5%.

Ținem să subliniem această discordanță între procesul ce se petrece în măduvă pe de o parte și în splină și sângele periferic pe de altă parte.

Fiziopatologia organelor hematopoetice și în special a măduvei osoase este încă puțin cunoscută pentru ca să putem da o interpretare precisă a acestui fenomen.

Pentru a explica leucemiile aleucemice unii autori au invocat existența unui blocaj, care ar împiedeca trecerea elementelor tinere la periferie. Am putea spune că și în cazul nostru discordanța dintre aspectul mielogramei și al hemogramei ar putea fi explicată tot printr'un fel de blocaj față de elementele tinere. Dar ce este acest blocaj nu se știe.

S'au dat și alte explicații fenomenelor de acest gen. Așa de exemplu Rohr, elevul lui Naegeli, admite că în leucemii elementele tinere din sânge ar proveni din focare extramedulare (splină, ganglioni etc.) și sângele ar reoglinde mai fidel procesele dela nivelul acestor organe. Constatările făcute în cazul nostru ar cadra mai bine cu această din urmă concepție. Totuși dintr'un singur caz nu te poți pronunța pentru una sau alta din păreri.

Biologic. Știm că există o teorie destul de modă astăzi, care caută să interpreteze leucemiile ca tumori ale organelor hematopoetice și ale sângelui.

Și tumorile și leucemiile sunt formate din celule mai puțin diferențiate tinere. Varadi și Michailuc, care au publicat și ei un asemenea caz, afirmă că teoria tumorală a leucemiilor este valabilă și pentru leucemia cu polinucleare adulte. În sprijinul acestei teze fac o comparație cu unele tumori hepatice a căror metastaze își păstrează funcțiunea lor biligenetică (de formare a pigmentilor).

Prin urmare sunt foarte diferențiate și din punct de vedere funcțional.

Noi ținem să accentuăm, încăodată, că leucemia cu polinucleare își păstrează pentru toată durata bolii caracterele hematologice.

Totuși două din cazurile publicate au trecut în leucemie acută cu mieloblasti, iar unul a luat caracterele hematologice ale leucemiilor tipice.

Concluzii: Cunoașterea leucemiilor cu polinucleare adulte are deci un dublu interes teoretic și practic.

Există o leucemie, mieloidă prin aspectul ei clinic foarte interesantă prin caracterele sanghine, care arată o iperleucocitoză cu polinucleare neutrofile. Trebuie să o cunoaștem pentru a o trata ca pe o leucemie obișnuită prin radioterapie și în niciun caz să nu intervenim chirurgical.

Din punct de vedere teoretic trebuie să știm că există o leucemie în care sângele periferic nu reflectează imaginea centrului hematopoetic normal, care este măduva osoasă, ci a organelor

hematopoetice extramedulare care au suferit o metaplasie mieloidă, dar cu un procent mare de elemente polinucleare adulte și un procent relativ redus de elemente tinere în focarele extramedulare și în special în splină, contrară leucemiilor mieloidice obișnuite,

Nu s'a dat până acum nicio interpretare plausibilă acestui fenomen după cum nici leucemiile aleucemice nu au până în prezent o explicație satisfăcătoare.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu: Boala lui Pfaundler-Hurler (gargoilism, pleonosteoza Léri) la copil și tată. Disostoza multiplă (v. Pfaundler-Hurler) numită și sindromul lui v. Pfaundler-Hurler sau gargoilism, este după concepția recentă (1942) a lui de Rudder o combinație pe de o parte dintre „manifestațiuni progresive ale sistemului scheletic” cu „anomalie caracteristică a (h)abitusului” ce rezultă din ele și pe de altă parte dintre manifestațiunile unei „diateze (de depozitare) fosfatidice”. Polifenicia manifestațiunilor acestei diateze, posibilitatea ca ele să se substituie sub raport *eredobiologic* pe de o parte și pe de altă parte faptul că afecțiunea cartilaginoasă-osoasă cu care se combină diferitele manifestațiuni ale diatezei fosfatidice, de asemenea poate varia, — explică variația mare a cazurilor din acest sindrom, totodată — soluționează dificultățile diagnosticului diferențial, cât și problema unor clasificări și înregistrări autoritare de până aici. Cazul autorului la un copil de 2¹/₂ ani cu mână în ghiară, cu picioare analog dar mai ușor afectate, cu radiografia caracteristică (falange în formă conică de căpățână de zahăr), cu eritromelalgie, și epatosplenomegalie, la tată fizionomia caracteristică, cu expresia feței redusă, a fost clasificat întâiu ca eritromelalgie combinată cu pleonosteoza (frustă) Léri, dar apoi, conform concepției de mai sus asimilat disostozei multiple (în sensul de grup mai larg, dat de către de Rudder). Lipsa unei simptomatologii mai complete la copil și tată nu pledează contra acestui diagnostic, existând forme fruste, respectiv putând să apară și mai târziu și să se intensifice unele simptome. Eritromelalgia din cazul nostru arată că pe lângă cele înșirate de către de Rudder ar mai exista și alte afecțiuni cartilaginoase-osoase care se pot combina cu tabloul complex al disostozei multiple. În cazul nostru ar fi vorba poate de o afecțiune analoagă celorla, pe care autori mai vechi (Ehrmann, Staedtler) au descris-o ca eritromelalgie cu turburări trofice, osoase, dând atitudinea de mână în ghiară, — combinată cu diateza fosfatidică.

Prof. Buzoianu, Russu, Iubu: Corpii streini esofago-bronhici extrași în clinica noastră în refugiu.

În timpul refugului în Sibiu până în Noemvrie 1943 clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj a avut ocazia să extragă douăzeci de corpi streini bronho-esofagieni. Dintre aceștia optsprezece sunt esofagieni (zece monede, un ac, o proteză dentară, trei fragmente de os din alimente, doi sămburi vegetali, un fragment de cartilaj alimentar). Numai doi corpi streini au fost bronhici (două semințe vegetale, o boabă de fasole și una de porumb).

Extracția s'a făcut în prima ședință de endoscopie. Nu s'a semnalat niciun accident deosebit de notat în niciun caz. S'a utilizat aparatul Brunnings-Haslinger însă pensele de extracție au fost cele tip Chevalier-Jackson fiind mai fine.

Dr. C. V. Antonescu: Cercetări farmacodinamice cu clorura de carbaminoilcholină. Influența extractului hepatic.

Cercetările experimentale cu clorura de carbaminoilcholină au fost începute și publicate în 1938 și 1939, împreună cu Drul D Bucher. Aceste cercetări au arătat că derivatul cholinei denumit Doryl Merck se caracterizează prin proprietăți parasimpaticomimetice și spasmolitice la nivelul aparatului cardio-vascular; cardio-inhibitoare la început, apoi inotropă pozitivă, crono- și inotropă negativă în faza a doua a acțiunii sale asupra miocardului, — diminuează sensibilitatea simpaticului față de adrenalină, împiedică

acțiunea ulterioară a pilocarpinei, sensibilizantă a parasimpaticului vasodilatatoare și după atropină, ergotină sau ergotamină.

Cercetările prezente au avut drept scop urmărirea influenței extractului total hepatic asupra acțiunii carbaminoilcholinei. Rezultatele obținute se pot rezuma în următoarele concluziuni:

1. Extractul total hepatic este un sensibilizant al vagului față de carbaminoilcholină, sensibilizarea care e manifestă atât la nivelul inimei, cât și la nivelul vaselor și este evidentă și după atropină.

2. La nivelul inimei extractul total hepatic provoacă o inversare timpurie și persistentă a acțiunii carbaminoilcholinei din faza sa a doua, favorizând apariția crono- și tonotropismului pozitiv, fără a influența inotropismul. Această acțiune a sa se manifestă asupra sistemului neurocardiac autonom, fără intervenția sistemului autonom extracardiac, deoarece este manifest și după atropină, dar este împiedecată de adrenalina. Acest efect inversant nu se manifestă la nivelul vaselor.

3. Efectul inversant al extractului hepatic asupra inimei îl numim *fenomenul cardiac*.

Sedința din 19 Noembrie 1943.

Prezidează: d-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU.

Dr. Petre Țarlea, Dr. I. V. Traian: Un caz de sifilis secundar grav.

Se prezintă bolnavul S. B., de 27 ani, căsătorit, agricultor, jud. Vâlcea, care după un contact extraconjugal, constată apariția unui sifilom primar în șanțul balano-prepușial și care neglijând tratamentul recomandat, după o lună prezintă apariția unor leziuni pe tegumente.

Bolnavul este foarte slăbit, anemic, astenic, acuză inapetență, cefalee nocturnă ect.

Pe tegumente diseminat prezintă un număr enorm de eflorescențe polimorfe, constituite dintr'un exantem papulo-lenticular, papulo-scoamos, papulo-crustos, corona Veneris, sifilide seboreice, luxuriante papulo-erosive pe genitale, plăci mucoase amigdalene, scleroadenită universală, făcând parte din categoria sifilisului cu tendință evolutivă gravă. Exantemul prezintă configurații „en corymbe”, sau după Școala germană „Bombensifilis”. Cazul prezintă interes practic și didactic, deoarece în ultimii ani cazurile de sifilis survenite sunt atenuate, fără manifestări grave, încât studenții și medicii practicieni părăsesc facultatea fără a vedea astfel de cazuri grave, care prezintă aproape toate manifestările sifilisului în perioada secundară.

G. Buzoianu, I. G. Russu, M. Iubu: Tumoră neoplasică hipertrofică naso-jugală de mărime neobișnuită (reticulo-sarcom).

Am avut de operat în cursul unei trecute un neoplasm hipertrofic de o mărime neobișnuită, în regiunea nasală și a obrazului drept. Cum această tumoră prezenta în același timp și alte particularități, am găsit oportun să-l facem cunoscut acestei societăți.

Este vorba de un bolnav în vârstă de 44 ani, fără un trecut patologic prea încărcat. În cursul unei Aprilie al acestui an, a observat o mică tumoră nedureroasă în șanțul genio-nasal. În Octombrie tumoră luase dimensiunile care se observă în fotografiile documentare pe care le prezentăm, ulcerându-se în același timp în extremitatea sa liberă. Refuzat de a fi tratat în diferite părți, s'a prezentat clinicii.

Am crezut la început că este vorba de o tumoră care iese din profunzimea masivului facial osos. Examenul nasal și controlul sinusal au arătat aceste regiuni interioare libere.

Procedând la extirparea ei, tumoră avea aspectul caseos în parte al carcinomelor supurate. Este interesant de notat că am găsit la nivelul bazei de implantare un fel de pseudo-capsulă formată prin presiunea tumorii asupra țesuturilor conjunctivale pre-

scheletice. În niciun punct n'a fost nevoie să se descopere osul, tumoră având macroscopic aspectul clar al independenței sale de os. După ce ne-am încredințat că nu am lăsat nici un fragment vizibil de tumoră în profunzime, am făcut toaleta plăgii și am refăcut pe cât posibil anatomia regiunii. Pentru orice siguranță, am aplicat bolnavului radioterapia profundă post-operatorie. Nu l-am putut prezenta în persoană, deși ar fi fost instructiv, deoarece n'am avut unde-l ține, paturile clinicii noastre, aparținând toate la clasa III-a soldaților răniți.

Prezentăm totuși fotografia luată la 14 zile dela intervenție, când plaga operatorie era aproape complet cicatrizată. Un control al sinusurilor la acea dată, le-au arătat din nou libere.

Examenul histologic al piesei, făcut de d-l profesor T. Vasiliu, arată că este vorba de un reticulo-sarcom.

Reticulo-sarcomele sunt tumori cari au o oarecare particularitate și asupra căreia s'a discutat și se discută încă destul de mult mai ales de către anatomo-patologiști. Reticulo-sarcomele sunt în regulă generală tumori maligne, însă se pare că malignitatea lor ar fi din cauza mării lor radiosensibilități ceva mai redusă decât a sarcomelor clasice. Este încă dificil de precizat cu certitudine originea lor histologică (endoteliul vaselor limfatice sau trama reticulo-endotelială a măduvei oaselor).

În general sistemul osos procură astfel de tumori, oasele late fiind excepțional descrise drept sediu al acestor neoformațiuni. Faptul de a se ști dacă tumoră noastră aparținea osului sau nu, dacă adică adera în profunzime la scheletul facial, are cum se vede nu numai o importanță operatorie locală, ci ar avea și un interes cazuistic de discuție doctrinară. După cele constatate de noi în momentul extirpării tumorii, masa neoplasică nu adera la os și nici nu provenea din os. Ea își avea sediul imediat sub tegumente și comprima, ca să ne exprimăm astfel, planurile prescheletice faciale în profunzime în așa fel, încât dădea impresiunea unui fel de capsulă. N'am descoperit nicăieri scheletul propriu zis naso-maxilar și am avut certitudinea, atât cât aceasta poate fi pusă în cauză în astfel de împrejurări, că am extirpat în totalitate masa neoplasică.

Interesul acestei constatări intervine în discuția originii acestor tumori, fiind un caz care nu pledează pentru ipoteza originii lor constante din trama reticulo-endotelială a măduvei osoase. Constatarea noastră vine în sprijinul concepției conform căreia reticulo-sarcomul nu constituie o tumoră specifică țesutului osos.

Buletinul histologic al tumorii noastre are următoarea redacție:

Secțiunile făcute la parafină arată următoarea structură:

Se văd fascicule formate din elemente celulare cu nucleul ovoid destul de alungit și cu protoplasma bogată dispusă în jurul nucleului, luând o înfățișare tot ovoidă. Celulele sunt de mărimi variate, unele ajungând dimensiuni de două sau trei ori acelora a fibroblastelor.

Nucleul prezintă variații destul de mari de formă și mărime; cromatina se prezintă în grunji mici, de multe ori fără nucleoli; foarte multe cariochineze și foarte mulți nuclei reniformi sau chiar lobați.

Pe lângă aceste celule se mai văd și o cantitate de celule limfocitare și histiocitare.

Între fasciculele și insulele chiar formate din aceste celule, se văd bande conjunctive cu mult țesut collagen și cu hemoragii interstițiale.

În rezumat, este o tumoră reticulară și anume un „reticulo-sarcom”.

Deși reticulo-sarcomul este considerat a avea o sensibilitate radioterapeutică mai mare decât a neoplasmelor maligne clasice, tratamentul îndreptat contra lor trebuie să fie tot atât de intens ca în orice cancer. Pronosticul lor nu este în regulă generală mai puțin sever. Recidivele apar mai cu greutate și în genere ceva

mai târziu decât în neoplasmelor obișnuite. Insuccesele radioterapiei au fost semnalate pentru aceste tumori în numeroase cazuri. Aplicarea intensă a mijloacelor terapeutice are totuși în cazul reticulo-sarcomului șansele unei vindecări mai probabile, sau cel puțin a unei supraviețuiri de mai lungă durată în cazul recidivelor, decât în cancerul tipic. Noi vom urmări clinic cazul, pentru a ne da seama de evoluția sa ulterioară.

Prof. Dr. Al. Pop și Dr. A. Nana: Un caz de meningită streptococică consecutivă unei plăgi cranio-encefalice bazale.

Plăgile cranio-encefalice și mai ales cele complicate cu meningită prezintă o gravitate excepțională. Pentru a ilustra această gravitate *Lecene* și *Leriche* în anul 1926 spuneau că: „Gravitatea meningitelor traumatice este extremă, ele fiind totdeauna fatale. Până în timpul din urmă afecțiunea era considerată atât de gravă încât era inutil de a mai încerca ceva în moment ce aceasta se declara. Se făcea o puncție lombară pentru a controla diagnosticul, apoi se lăsa infecția să evolueze spre sfârșitul inevitabil”.

În 1932 într-un articol din *Zentralblatt für Chirurgie* (1932, Nr. 25). *Urech* din *Lausanne* declară că meningitele post-traumatice practic totdeauna sunt mortale și că diversele tratamente încercate n-au putut influența evoluția fatală a afecțiunii.

Cu toate acestea mai nou unii autori ca *Basset*, *Ameline*, *Kümmel*, *Kauffmann* și alții obțin câteva succese în tratamentul acestei afecțiuni grave, prin injecțiuni serice sau antiseptice administrate intravenos sau intrarachidian.

Având ocazia să operăm și să tratăm un bolnav cu o meningită acută streptococică post-traumatică care s'a vindecat în condițiuni bune, am crezut interesantă comunicarea cazului din mai multe puncte de vedere.

Este vorba de un bolnav (L. C.) în vârstă de 16 ani din județul Vâlcea, care în antecedentele heredo-colaterale și personale nu prezintă nimic de relevat.

În istoricul bolii actuale găsim că în ziua de 15 Septembrie a. c., adică de aproximativ 8 săptămâni, a suferit un accident în următoarele împrejurări: bolnavul primise dela un vecin o țeavă de pușcă de calibru 16 m/m, pe care prin confecționarea unui pat și prin astuparea unei extremități cu un șurub a transformat-o într-un fel de armă-pistol. În interiorul țevii introducea un fel de praf de pușcă preparat tot de el din alcool, sulf, cărbune de tei și praf de grenadă și indesa amestecul cu bucățele de alice și cărpe. Pentru aprinderea amestecului băiatul făcuse în partea posterioară a țevii o gaură unde cu un chibrit dădea foc încărcăturii. În modul acesta a executat mai multe trageri. În ziua amintită mai sus, dublase încărcătura ceea ce a determinat ca în momentul exploziei șurubul de fier ce forma dopul la extremitatea posterioară a țevii să fie dislocat de forța gazelor și să fie proiectat cu o forță mare în unghiul intern al orbitei stângi. În urma traumatismului, bolnavul cade imediat la pământ pierzându-și cunoștința, iar din orificiul de intrare a proiectilului țășnea sângele acoperindu-i toată fața. După un pansament sumar făcut acasă este transportat imediat la Spitalul din Râmnicu Vâlcea de unde după câteva zile este adus în Clinica noastră cu fenomene de meningită.

La intrare bolnavul prezenta o stare de torpoare din cauza cefaleei intense, așa că răspunde cu anvoie la întrebările puse. Temperatura 39,4. Pulsul 120.

Organic nu prezenta nimic deosebit.

La examenul local se constată la nivelul unghiului intern al orbitei o plagă prin împușcare, de mărimea unei piese de 1 Leu cu margini neregulate. Tegumentele din jur sunt edemate având o colorație roșie-violacee. Orificiul plăgii este astupat de un chiag sanghin pe marginile căruia se prelingea o secreție sero-purulentă. Ochiul stâng deși anatomic nu prezenta alterații, totuși bolnavul susținea că nu vede de loc cu acest ochi. După desinfectarea regiunii

ndepărtăm chiagul, care forma un dop și astfel se elimină din profunzimea plăgii aproximativ 10—15 cc. lichid cefalo-rachidian sanghinolent și purulent amestecat cu substanță nervoasă.

Examenul direct al lichidului arăta mai multe polinucleare și coci Gram pozitivi în lanțuri.

Făcând examenul radiologic pe radiografia din profil se constată prezența unui corp strein, „șurubul” de dimensiuni 2,5/1,8 cm. situat în dreptul șelei turcești. Antero-posterior corpul strein este situat în partea stângă a liniei mediane, în dreptul orbitei stângi, fiind așezat ușor oblic.

Starea generală gravă a bolnavului și infecțiunea din jurul și interiorul plăgii, ne-a făcut să ne abținem dela o intervenție de urgență. Astfel ne-am limitat la un tratament general desinfectant; puna cu ghiață pe cap și tratamentul local al plăgii.

După o zi de internare pe lângă cefalea intensă se accentuează și mai mult fenomenele meningeale, bolnavul prezentând vărsături, rigiditatea cefei, semnul lui Kernig. Semnul lui Babinski este pozitiv în ambele părți.

Se face o puncție lombară scoțând un lichid tulbure, conținând 4000 leucocite pe mm³. Microscopic multe polinucleare și streptococi. După obținerea rezultatului se injectează intrarachidian 15 cc. ser antistreptococic făcând în același timp și un tratament energetic cu sulfamide.

După trei zile cefalea se atenuiază, temperatura scade la 37,7. Pulsul normal. Fenomenele meningeale persistau în parte dar bolnavul era conștient simțindu-se mai bine.

În ziua de 30 Sept. la 6 zile dela internare se intervine sub anestezie generală pentru scoaterea corpului strein.

După desinfectarea minuțioasă a regiunii se debridează plaga, extirpând din traiectul ei mai multe eschile osoase. Cu ajutorul roentgenului portativ confirmăm localizarea corpului strein și cu o pensă prin orificiul cranio-encefalic îl extragem. Extracția s'a făcut cu multă greutate din cauza eschilelor osoase interpuse dela nivelul bazei craniului. După extracție plaga este inundată de o hemoragie abondantă pe care am stăpânit-o prin tamponare cu o meșă iodoformată.

A 2-a zi dela operație fenomenele meningeale se exacerbează din nou. Se institue un tratament energetic cu sulfamide în urma căruia fenomenele meningeale regresează.

A 9-a zi dela operație fenomenele meningeale au dispărut. Bolnavul este calm și citește în pat. După o lună plaga este vindecată.

La examenul oftalmologic fiind găsit ochiul stâng compromis se face eviscerația globului ocular, pentru a scuti bolnavul de o oftalmie simpată.

Azi bolnavul după 6 săptămâni dela operație este complet sănătos, rămânând ca în locul globului ocular eviscerat să i se pună o proteză.

Plăgile penetrante cranio-encefalice prezintă totdeauna un prognostic rezervat și mortalitatea depinde de intensitatea leziunilor cerebrale și de infecție, care este cea mai temută complicație a acestor plăgi.

În cazul nostru leziunea a interesat în primul rând nervul optic, apoi partea inferioară a lobului frontal și partea anterioară a lobului temporal.

În ceea ce privește conduita terapeutică *Cushing* și *Good* sunt de părere să se amâne intervenția dacă dela accident și până la spitalizare au trecut mai mult de 2—3 zile, fiindcă intervenind în aceste cazuri de obicei meningita sau encefalita este cauza principală a morții și nu traumatismul. Când focarul infecțios s'a liniștit, intervenția va fi urmată în cele mai multe cazuri de succese.

În fine în cazul meningitelor acute posttraumatice s'au încercat mai multe tratamente.

Tratamentul conservativ prin puncții lombare asociat cu desinfectante și seroterapie intravenoasă și intrarachidiană a cunoscut multe succese.

Von Stolle publică 2 vindecări de meningite streptococice prin injecțiuni intrarachidiene și intravenoase de ser antistreptococic.

Iacobovici și Mureșan obțin o vindecare la un caz de meningită traumatică declarat după o fractură a bazei craniului, prin injecțiuni intrarachidiene zilnice de 5—10 cc. ser antistreptococic asociat cu injecțiuni de electrarșol și urotropină.

Tratamentul operator se bazează pe un drenaj al lichidului infectat, obținut prin o laminectomie lombară sau prin trepanație parieto-temporală sau occipitală după Dandy.

Ambele metode își au adepții, care susțin superioritatea metodei lor.

Vindecarea rapidă și completă a bolnavului nostru tratat prin seroterapie și sulfamide ne face să pronunțăm în favoarea metodei conservative. Această terapeutică simplă merită să fie încercată în toate cazurile înainte de a ajunge la o intervenție chirurgicală.

Prof. Dr. Titu Vasiliu, Dr. Dahnovici Valentina: Un caz de tumoră Krukenberg.

Autorii prezintă un caz de tumoră Krukenberg diagnosticat pe masa de autopsie. Cazul a fost observat la Clin. Med. II-a, unde i s'a pus diagnosticul de tumoră malignă generalizată (Reticulo-endoteliom) din cauza evoluției atipice a acestei tumori. La autopsie se constată tumoare stomacală cu aspectul liniei plastice și metastaze mari ovariene, ganglionare, a vezicii biliare, pancreasului și a ficatului.

Cazul prezintă interes prin metastazare foarte rapidă nu numai pe calea limfatică și pe cea sanghină, prezentând noduli tumorali în diferite organe.

Dr. Moga: Insistă asupra tabloului clinic al cazului comunicat de d-l Prof. T. Vasiliu și Dr. Dahnovici, care evolua ca o stare toxi-infecțioasă, cu flebită dublă, a membrilor inferioare. Sindromul ganglionar era ca importanță pe planul al doilea. Din acest motiv s'a făcut diagnosticul diferențial între o limfogranulomatoză și o septicemie canceroasă. Puncția pleurală a decis diagnosticul în favoarea unei afecțiuni tumorale prin punerea în evidență în lichidul hemoragic a unor celule mari cu caracter endotelial, dintre cari unele cu 3—4 nuclei, și altele, în număr destul de mare, cu nuclei în cariochineză.

Din acest motiv am bănuț o tumoră cu punct de plecare în sistemul reticulo-endotelial.

Cazul e deosebit de interesant prin faptul că la autopsie nu s'au găsit metastaze nodulare în pleură care să explice această pleurezie hemoragică canceroasă. Pe de altă parte se constată o discordanță între diagnosticul de tumoră Krukenberg și caracterul celulelor din lichidul pleural, cărora rămâne să li se găsească o explicație satisfăcătoare.

Prof. Dr. Marius Sturza: Fizioterapie în războiu. (Conferință care va apare în articol.)

Prof. V. Baroni: Cercetări asupra virusului rabic.

I. Cultura virusului rabic în simbioză cu celulele embrionare din cultura de țesuturi. — Primele experiențe au fost făcute în colaborare cu profesorul Borrel la Strassbourg, în iarna anului 1929—30. După ce am învățat tehnica cultivei de țesuturi a profesorului Borrel și am făcut câteva experiențe preliminare asupra cultivării cancerului prin metoda elaborată în acel institut, am avut marea satisfacție de a fi primit să colaborez cu prof. Borrel la o serie de lucrări asupra cultivării virusului rabic pe care le-am terminat în acel institut la finele lui Ianuarie 1930.

Din aceste experiențe s'a văzut că porțiunile din creierul rabic ale unui iepure inoculat cu virus fix exercită o acțiune stimulantă asupra dezvoltării coloniilor de embrion de șoarec și de

găină când sunt întrebuințate fragmente de capete de embrioni în contact cu plasma și extras de embrion. Este vorba de o adevărată simbioză între virusul rabic și celulele țesuturilor, care se manifestă cu aceeași vigoare și în pasagiile ulterioare de cultură de țesuturi. În figurile publicate de prof. Borrel la Congresul de bacterologie din Paris în 1930 se vede creșterea atipică și abundentă a coloniilor, precum și prezența unor granulațiuni refringente în interiorul celulelor pe care D-sa le considera a fi agentul turbării.

Intors la Cluj, am continuat experiențele de cultivare a virusului rabic, pornind de la filtratele de creier infectat, care de asemenea s'a dovedit a fi foarte stimulant pentru creșterea celulelor. Am efectuat câteva serii de experiențe cu virusul poliomielitice, trecut prin maimuță, și am constatat că acesta ocazional de asemenea o creștere foarte abundentă a culturilor celulare, fie că este filtrat sau nu prin lumânările dure de porțelan. Am realizat apoi o simbioză a virusului aftos precum și a virusului trachomatos, constatănd de asemenea în aceste culturi o proliferare abundentă față de martori. Am făcut o serie de experiențe de cultivare a celulelor canceroase umane odată cu celulele embrionare în prezența serului normal și a serului canceros și am constatat că serul canceros permite o dezvoltare mai bogată a culturilor decât serul indivizilor sănătoși.

II. Experiențe de filtrare a virusului rabic. — Ulterior, inoculând la iepuri, guzani și șoareci virus rabic fix pe cale peritoneală, am constatat că în lichidul ascitic apar foarte curând un mare număr de granulațiuni fine, extra celulare, care se colorează în roz după procedeul Giemsa.

Inoculând virusul fix filtrat prin lumânări se constată de asemenea apariția granulațiunilor citate. Procedând la fel cu virusul de stradă, apariția granulațiunilor este întârziată cu câteva zile, totuși la autopsia animalelor moarte, atât prin virus fix, cât și prin virus de stradă, se regăsesc aceste granulațiuni oxifile în creier, pe meninge, în lichidul cefalo-rachidian, în splină, ficat, uneori în plămâni și câte odată în sânge. Am constatat deci că producția de granulațiuni este mai precoce și mai abundentă cu virusul fix. Aceasta constituind o deosebire marcată față de virusul de stradă, ar permite poate să ne explicăm mecanismul imunizării față de turbare în legătură cu experiențele ce urmează.

III. Este virusul fenicat un virus mort? — Voind să studiez cum se comportă vaccinul antirabic fenicat după metoda lui Fermi, față de virusul fix obișnuit, am inoculat o emulsie de vaccin Fermi în peritoneul animalelor. Chiar după 24 ore acestea posedă în exudatul peritoneal un mare număr de granulațiuni oxifile libere. Acest exudat inoculat în creierul iepurilor provoacă moartea după 12—15 zile. Inoculând direct virusul Fermi în creierul iepurilor noi am obținut moartea acestora după intervale mai lungi, până la 31 de zile, însă la autopsie regăseam în creier, meninge, splină, pulmoni, granulațiunile descrise întocmai ca la animalele moarte prin vaccin trecut în peritoneu. Puterea antigenică care provoacă imunitatea antirabică pare să fie legată de prezența granulațiunilor descrise, căci acestea se dezvoltă tot așa de bine prin inocularea vaccinului Fermi ca și în urma vaccinurilor pasteuriane.

Inclinăm a crede că substanța vaccinată, care nu s'a distrus prin tratarea virusului cu acid fenic este în legătură cu granulațiunile arătate, care ar putea să fie agentul patogen al turbării.

IV. Pasagiile ulterioare obținute de la iepuri morți prin virus Fermi provoacă moartea după 5—6 zile, ceea ce ne face să credem că este posibilă o revenire la virusul fix obișnuit.

V. În saliva și secrețiunea nazală a iepurilor bolnavi de turbare cu virus fix, am constatat cu 1 zi înainte de moarte un mare număr de granulațiuni libere, oxifile. În saliva câinilor morți prin virus de stradă însă, granulațiunile libere sunt rare, în schimb celulele epiteliale sunt pline cu granulațiuni, parte bazofile, dar mai ales oxifile.

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapeutică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁ fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polynevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

H e p a c i t Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

Testormon

extract total concentrat de testicul de taur

INDICAT ÎN

**Sindromul neurovegetativ al insuficienței
testiculare**

CLIMACTERIUM VIRIL

Hipertrofia de prostată

Sindromul somato-psihic de involuție

Hipertensiunea arterială după 40 ani

I N F A N T I L I S M

Sindromul hiperfoliculinic la femeie

Congestia dureroasă a sânilor

Ambalaje à 5 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța generală:

Cooperativa „Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“

BUCUREȘTI, Calea Griviței Nr. 67. Telefon 4.98.08

Dr. [I.] Ardelean și Dr. Alimănișteanu-Adam: Cercetări asupra cultivării bacililor tifici din probe de sânge coagulat. Valoarea diagnostică în febra tifoidă.

1. Hemoculturile făcute în bilă cu probe de sânge coagulat dau rezultate pozitive aproape în același procent ca și hemoculturile făcute la patul bolnavului cu sânge necoagulat.

2. Aglutinele antitifice chiar când sunt prezente la un titru mare, nu exclud bacteriemia tifică, concomitent cu o reacțiune Widal pozitivă la un titru mare, putându-se obține o hemocultură pozitivă, atât cu sânge coagulat, cât și necoagulat.

3. Prin cercetări comparative, determinând numărul bacililor tifici pe 1 cmc. sânge, necoagulat, imediat după recoltare și după coagulare la 3 zile dela data recoltării, nu s'a constatat o diferență semnificativă în numărul germinilor vii, din cele două categorii de probe.

Puterea bactericidă a sângelui față de bacilii tifici, în cursul perioadei bacteriemice a febrei tifoide, nu se mărește deci prin coagulare.

4. Hemocultura fiind o metodă precisă de diagnostic etiologic al febrei tifoide, în primele 3 săptămâni de boală, trebuie să fie întrebuintată în practica curentă pe o scară mult mai mare, fie însămânțând sângele în mediul de cultură bilă, la patul bolnavului, sau în lipsa mediului, trimițând proba de sânge recoltată în condițiuni sterile, la cel mai apropiat laborator.

5. Se recomandă laboratoarelor să facă hemoculturi din coagulul tuturor probelor de sânge ce sunt trimise pentru reacțiunea Widal, fiindcă rezultatul pozitiv al acestor hemoculturi contribuie mult la stabilirea diagnosticului etiologic, rezultatul reacțiunii Widal fiind de multe ori greu de interpretat și neconcludent.

Ședința extraordinară din 24 Noemvrie 1943.

Prezidează: D-l Prof. Dr. GH. POPOVICIU.

Ordinea de zi: Conferința D-lui Docent Dr. H. Baatz (Berlin), Președintele Asociației Docenților Germani pentru legăturile cu străinătatea, despre: **Probleme ale studiului cancerului și ale combaterii lui.** (Probleme der Krebsforschung und Krebsbekämpfung.)

D-l Profesor Dr. Bologa, prodecanul Facultății de Medicină, prezintă pe D-l Docent Dr. H. Baatz, arătând personalitatea D-sale.

D-l Docent Dr. H. Baatz luând apoi cuvântul, mulțumește D-lui Prof. Dr. Bologa și Societății Științelor Medicale pentru cinstea ce i s'a făcut, invitându-l să conferențeze în cadrul Societății Științelor Medicale.

D-sa trece în revistă cercetările experimentale cu privire la producerea cancerului și în legătură cu aceasta cancerele profesionale, care pot până la un punct să fie asemănate cu cele experimentale, fiindcă sunt anumiți oameni expuși factorilor exogeni. Amintește datele statistice și observațiunile proprii în legătură cu influența diferitelor perioade genitale din viața femeii și înrăurirea lor asupra frecvenței tumorilor. Arată apoi influența gravidității și a sarcinei asupra tumorilor. Inhibiția dezvoltării tumorii în timpul sarcinei și evoluția cu caracter acut după naștere și în timpul alăptării. Frecvența mare a cancerului, care l-a făcut să treacă la locul II în statisticile de mortalitate, cere imperios o combatere organizată a cancerului, care nu va putea fi eficace decât atunci, când imbolnăvirea va fi descoperită într'un stadiu cât se poate de incipient. Recomandă examinări preventive periodice în ambulatorii cu personal anume instruit. Vorbește apoi despre ajutorul prețios pe care-l dă colposcopia în diagnosticul cancerului genital în faza în care metodele curente de examinare ar da un rezultat negativ.

Ședința din 3 Decemvrie 1943.

Prezidează: D-l Prof. Dr. G. POPOVICIU.

Dr. V. Secărea, Dr. I. Macavei: Gastrită cicatricială post intoxicație cu sodă caustică, simptomatologie clinică neobișnuită.

Cazul pe care îl prezentăm în fața Societății este al unei bolnave, P. G., în vârstă de 25 de ani, din jud. Sibiu. În antecedentul heredocolateral nimic important. Din antecedentele personale trebuie să reținem o intoxicație caustică la vârsta de 3 ani, incolo nimic deosebit.

Boala actuală datează de acum 10 luni, debutând insidios cu o stare de astenie generală, dureri de cap, inapetență, amețeli și o senzație permanentă că este sătulă. Înainte cu 6 luni a avut un acces de malarie, care a cedat în urma tratamentului cu chinină. În zilele acestor accese bolnava a consumat cantități mari de apă, cu găleata, după cum afirmă bolnava. De atunci bolnava acuză o senzație de presiune și greutate în hipocondrul stâng și flancul stâng, având impresia că îi atârână ceva la acel nivel, ce o trage înspre pământ. Această senzație neplăcută este mai accentuată când bolnava stă în picioare, nu-i permite de multe ori nici să umble, chiar și când gătește fiind nevoită să stea pe un scaun lângă sobă. Concomitent cu aceste acuze, bolnava remarcă apariția unor sgomote foarte curioase, neobișnuite, asemănătoare unor ghiorăituri, sub rebordul costal stâng, o clocoteală, parcă i-ar fierbe ceva în abdomen. Sgomotele sunt de intensitate mare, încât le aud și cei din jur, și nu se produc spontan, decât prin anumite mișcări executate de bolnavă. Aceste fenomene se produc mai cu seamă după alimentația cu feculente sau dacă bea lichide multe. A slăbit mult în forțe fizice și greutate. Cu aceste acuze se prezintă în serviciul nostru.

La examenul obiectiv constatăm că bolnava este emaciată cu țesutul celulo-adipos redus. Aparatul cardio-vascular, pulmonar, renal, nimic patologic. Reflexele normale. Aciditățile prezente. La examenul radiologic al tubului digestiv găsim un stomac ușor alungit, ipostenic, cu o incisură profundă și constantă pe marea curbura la nivelul porțiunii orizontale, în așa fel, încât fundul stomacului formează la acest nivel o adevărată pungă. Sub presiune se constată un desen de gastrită a acestei pungi, cu pli-cele mucoasei îngroșate și dispuse radiar spre mica curbura, convergând spre un punct situat la 3—4 cm. de mica curbura. Funcția evacuatoare a stomacului, bună. Bula de aer a stomacului este ceva mai mare, în forma de pară cu vârful în jos, la acest nivel pereții stomacului fiind colabați, aproape atingându-se. Prin mișcarea de coborire a diafragmului, se produce în același timp o contracțiune a dreptului anterior și a porțiunii superioare a stomacului, împingând aerul în jos. În momentul trecerii aerului prin porțiunea strâmtată a stomacului se produce un sgomot.

Ceea ce ne-a reținut cu deosebire atenția, la această bolnavă, este sgomotul neobișnuit care se produce în etajul superior abdominal. La început am fost inclinați să credem că este datorit izbirii lichidului din stomac de pliurile îngroșate ale mucoasei gastrice. La controlul radiosopic făcut am constatat însă că sgomotul se produce independent de existența acelei leziuni cicatriceale, numai prin trecerea aerului prin porțiunea mai îngustată a corpului stomacului, putându-l compara cu un „Durchspritzgeräusch" de volum și intensitate mai mare și de tonalitate mai joasă. Că aerul din stomac este vinovat de producerea acestui sgomot ne-am putut convinge când în cursul diferitelor manopere de control și examinări radiologice bula de aer dispărând la un moment dat, bolnava nu a mai fost în stare să reproducă sgomotul.

Mecanismul de producere a acestui sgomot, l-am amintit, este datorită unei coordonări între mișcările diafragmului, cu o contracțiune și a dreptului anterior și a porțiunii superioare a stomacului, care provoacă trecerea aerului din polul superior în-

spre fundul stomacului. Sgomotul se produce atât în inspirație cât și în expirație. Intensitatea lui maximă este în cursul coboririi aerului și la nivelul porțiunii îngustate a stomacului. Dacă apăsăm nu prea tare fundul stomacului, sgomotul nu se mai produce, deoarece prin presiune se ridică stomacul în sus, porțiunea mai îngustată dela nivelul corpului stomacului lărgindu-se.

Independent de acest simptom semiologic, mai întâlnim la stomacul bolnavei noastre acest desemn radiar curios cu pliurile îngroșate, convergente înspre un punct central situat pe fața anterioară înspre mica curbura. Nu este greu să afirmăm că este o leziune cicatrizată cu o îngroșare a pliurilor mucoasei și tracțiunea pereților stomacului, ceea ce dă acest aspect stelat.

Diagnosticul trebuie făcut între o cicatrice prin caustice, ulcer gastric cicatrizat vicios, sifilisul gastric forma ulcerativă și cicatrizantă. În cazul de față, dată fiind intoxicația cu sodă caustică, ale cărei urme se văd și acum pe limba bolnavei, nu trebuie să ne îndepărtăm de această etiologie.

Nu intrăm în amănunte, scopul comunicării noastre fiind numai de a prezenta acest caz, care prezintă două particularități neobișnuite și interesante din punct de vedere clinic și radiologic.

Dr. C. Berariu: La Clinica Medicală II am avut ocazia să observăm două cazuri la care se azeau sgomote asemănătoare cu cele produse de pacienții prezentați de d-l Dr. Macavei. Pacienții erau un soldat și o femeie tânără, cari prezentau turburări funcționale. Primul a fost îngropat de un obuz, iar a doua avea semne clinice de histerie. În ambele cazuri se găsea un stomac lung, ipotonic, strangulat la mijloc în urma ipotoniiei, cu bulă mare de aer care trecea și în partea de sub strictură. Contracțiunile involuntare ale abdomenului și mișcările diafragmatice făceau ca aerul și lichidul să treacă dintr-o pungă în cealaltă, producând sgomotul caracteristic. Diferența între cazurile noastre și cel prezentat este că bolnava de azi are un stomac bilocular organic, pe când pacienții noștri aveau stomacuri biloculare în urma ipotoniiei. Mecanismul de producere al sgomotelor este același.

Dr. T. Spătaru, dr. C. Mircioiu: Hidradenom tubular sudoripar al feții.

Afecțiunile cutanate descrise sub numele de adenoame sudoripare, sunt destul de numeroase. Însă nici până astăzi nu avem o concepție unitară în ceea ce privește clasificarea și încadrarea lor anatomo-patologică și clinică.

Divergența între diferiții autori, provine dintr-o diferită interpretare a datelor histologice, pe care le oferă arhitectura anatomo-histologică a tumorii. Bessner, le numește epitelioame chistice, Quinquaud, celule epiteliale chistice, Török, siringo-chistadenom, Winkler, nev chisto-epiteliomatosis, etc.

Aceste tumori, privite în general, sunt de obicei multiple și au o oarecare tendință spre electivitate regională, prezentându-se sub două aspecte diferite:

a) *Hidrosadenoame eruptive*, cari apar pe jumătatea superioară a toracelui, îmbrăcând în distribuția lor aspectul unei valve anterioare a unei cuirase, de formă papuloasă, de unde și confuzia frecventă cu adevăratele erupții papuloase de altă natură (sifilis).

b) *Hidrosadenoamele pleoapelor*, sunt mici ridicături de mărimea unui cap de ac până la aceea a unui bob de mei, colorate gălbui, de consistență dură, care apar în special pe pleoapa inferioară la unghiul intern al acesteia, putându-se ușor confunda cu xantelasma.

Ambele aceste forme se aseamănă mult prin histologia lor, având amândouă origină sudoripară, sunt intrucâtva sistematizate și destul de frecvente.

Între formele mai rare și încadrate tot în acest grup al adenoamelor sudoripare, intră și nevii glandulari, numiți astfel de autorii germani. Din această grupă (a nevilor glandulari), face parte și tumora descrisă în cazul nostru, *hidradenomul sudoripar tubular*,

sau *siringochistomul*, formațiune complexă în structura ei, adevărată tumoră organoidă. Această tumoră singuratică este tot așa de discutată în ceea ce privește originea și clasificarea, ca și adenoamele sudoripare amintite mai sus.

Krompecher și Pick, consideră drept *hidrosadenoame sudoripare*, adenoamele care pleacă în mod sigur dela glandele sudoripare complet dezvoltate și care în structura lor intimă histopatologică prezintă proliferațiuni benigne cu caracter de glandă sudoripară. Ei fac o deosebire netă între aceste tumori și așa numitele *adenoame hidradenoide*, care sunt tumori într-o câțva asemănătoare cu cele dintâi însă nu sunt plecate dela glandele sudoripare adulte, ci dela formațiuni rudimentare nedezvoltate, sau dela epiteliul superficial al epidermei. Histologic, aceste tumori nu au în structura lor tubi glandulari cu lumen, ci numai cordoane pline fibroase. Iadassohn, spre deosebire de Ricker și Schwalb, neagă orice raport al adenoamelor hidradenoide cu glandele sudoripare.

Gans amintește că noțiunea de nev aplicată la formațiunile cuprinse în ea, nu s'a putut documenta întotdeauna în mod neîndoios și numai simpla etichetare a acestor tumori sudoripare ca nevi glandulari, nu exclude încadrarea lor în categoria tumorilor epiteliale benigne, hamartoame sau chorioame.

Examenul histopatologic al piesei noastre studiate și interpretată de dl Prof. Dr. Titu Vasiliu, încadrează cazul nostru în grupa hidradenoamelor sudoripare tubulare.

Cercetând literatura, aflăm că totalitatea cazurilor publicate până în prezent nu trece de aproximativ 30, iar din acestea, majoritatea erau adenoame hidradenoide și numai câteva hidradenoame sudoripare adevărate (Petersen, Brauss, Thierfelder).

Hidradenoamele sudoripare tubulare, sunt în general tumori izolate și pot apărea, fie dela naștere, fie că se dezvoltă mai târziu în decursul anilor. Locul de predilecție pentru apariția lor este fața. Ceeace nu exclude însă, prezența lor și în alte părți ale corpului; Wolters descrie un caz în axilă, Knauss — Landsteiner, unul pe marginea externă a piciorului. Sunt cazuri când aceste tumori sunt multiple, prezentându-se sub forme și mărimi deosebite; Petersen și Wolters, au descris un caz unde jumătate din corp era acoperită de astfel de tumori.

Tumoriile mai mari, prezintă o bază de implantație mai mult sau mai puțin extinsă — nu sunt pediculate. Suprafața lor este netedă sau verucoasă, iar când sunt încapsulate și nu proemină mult sub tegumente, pot prezenta o suprafață lobulată. La palpare sunt indolore, mobile cu tegumentul, elastic depresibile, cu senzație de chist. Apariția lor, cum am amintit mai sus, nu este în funcție de vârstă, totuși se remarcă oarecare predilecție pentru vârsta mijlocie și mai ridicată. În ce privește sexul, cazurile cunoscute până acum, se repartizează egal între bărbați și femei.

Simptomatologia acestor tumori este foarte variată și depinde în mare măsură de volumul, localizarea tumorii, precum și accidentele asociate (traumatism-infecții). În general, sunt tumori care nu dau manifestări clinice reale, nici prin localizare, nici prin volum. Bolnavii consultă medicul, mai mult din motive estetice.

Printre complicațiile cele mai frecvente, amintim spargerea chistului în urma unui traumatism, sau infecția cu ulcerarea și fistulizarea lui.

Din punct de vedere histologic, aceste tumori sunt caracterizate prin prezența unui număr mare de glande sudoripare (tubi glandulari) alternând cu formațiuni chistice. Tubii glandulari și conductele sunt căptușite cu un epiteliu cilindric sau plat, au membrană proprie, amintind structura glandelor sudoripare obișnuite (Gans).

Cazul clinic:

C. I. femeie de 73 ani, româncă, casnică, se prezintă la consultațiile clinice noastre, în ziua de 20 August 1943, pentru exi-

stența unei tumori supărătoare de mărimea unei portocale, în regiunea zigomatico-parotidiană dreaptă (Fig. 1).

În antecedentele personale și heredo-colaterale, nu prezintă nimic deosebit. Reacția Wassermann negativă.

Boala actuală datează de 8 luni, când a observat apariția unei tumori mici, de mărimea unui bob de porumb, în regiunea preauriculară dreaptă, în același loc unde, înainte cu doi ani a prezentat o tumoră de mărimea unei nuci, care fusese extirpată

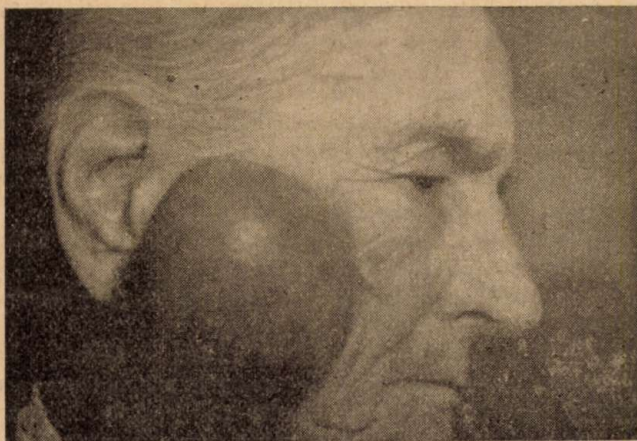


Fig. 1. — Hidradenom sudoripar al feții (caz personal)

chirurgical. Dela ultima operație până la apariția tumorii recidivate au trecut doi ani. În ultimul timp (înainte cu trei luni) tumora a luat o dezvoltare rapidă, ajungând la dimensiunile unui măr. A fistulizat de două ori, închizându-se spontan, fără nici un tratament. Prin fistulă s'a scurs un lichid gălbui tulbure. Tumora progresând mereu și devenind dureroasă, bolnavul se hotărâște să ne consulte.



Fig. 2. — Acelaș caz după operație.

La examenul local, în regiunea zigomatico-parotidiană dreaptă bolnava prezenta o tumoră sferică regulată, fluctuantă, elastică, cu tegumentele foarte întinse. Tumora de mărimea unui măr, avea o dimensiune de 10 cm. pe diametru, ușor dureroasă la presiune.

Se decide pentru intervenția chirurgicală. Se face o incizie eliptică a tegumentelor, căutând în felul acesta să se înucleeze tumora, care era foarte aderentă de țesuturile din jur, în special de tegumente, de care nici nu se poate izola, fiind siliți a o extirpa împreună cu acestea. În profunzime, mergea până la maseter și buccinator, glanda parotidă fiind împinsă în sus și înainte.

După extirparea completă, se capitonează cavitatea rămasă. Din cauza defectului mare rămas prin exereza tumorii, suntem si-

liți să facem o plastie de tegument, ceea ce ne-a reușit pe deplin. Se aplică un pansament compresiv. La 7 zile, se scot firele de sutură și pacienta părăsește serviciul vindecată. (Fig. 2).

La secțiune tumora era multichistică, prezentând un chist mai mare central. Trabecule fibroase izolau chisturile între ele. Conținutul era reprezentat printr'un lichid gălbui murdar în unele, hematic vâcos, în altele. Piesa scoasă este trimisă la Prosectura Clinicilor și examinată de dl Prof. T. Vasiliu, care dă rezultatul de hidradenom tubular sudoripar.

L I T E R A T U R A

Meyenburg : Zur Frage der Schweissdrüsenadenome. Virchow Arch. 1922.

Achard-Loeper : Precis d'Anatomie Patologique 1924.

Gans Oscar : Histologie der Hautkrankheiten. Bd II 1928.

Darier-Sabouraud : Nouvelle pratique Dermatologique. Tom VI

Vasiliu Titu : Manual de Anatomie Patologică Clinică Ed. II 1942

Masson P. : Diagnostics de Laboratoire 1939 Tom II.

Kirschner-Nordmann : Die Chirurgie 1942.

Prof. Dr. Al. Pop, Dr. A. Nana : **Considerațiuni asupra tumorilor sifilitice ale ficatului din punct de vedere chirurgical în legătură cu trei cazuri clinice.**

Tumorile sifilitice ale ficatului reprezintă una din manifestările caracteristice ale sifilisului terțiar.

Leziunile gomoase sau sclero-gomoase din parenchimul hepatic, după Aschoff, Gruber, Lemaître și alții sunt apanajul fie al unui sifilis ereditar tardiv, fie al unui sifilis terțiar dobândit.

Se știe că ficatul aparține acelor organe, care sunt foarte des sediul unei infecțiuni sifilitice, cu toate acestea forma chirurgicală a luesului hepatic, care se poate confunda cu alte leziuni chirurgicale hepatice, survine foarte rar.

Raritatea luesului terțiar al ficatului este cunoscută de toți autorii. Astfel Gruber găsește la 3000 de autopsii un procent numai de 0,3%, iar Monse la un material de 16,705 cadavre a observat 25 de cazuri cu gomehepatice, adică un procent de 0,14%.

În materialul bogat și tot atât de variat al Clinicei noastre în ultimii 20 de ani, care se cifrează la aproape 50 000 de operații, abia am găsit 3 cazuri unde la intervenție s'au descoperit leziuni gomoase sifilitice, diagnostic care a fost apoi confirmat prin examenul histo-patologic. Două din cazurile operate și observate în Clinica Chirurgicală au format subiectul unei lucrări publicate de Dr-ul Adam, iar cazul al treilea, operat recent, ne dă prilejul să facem câteva considerațiuni generale asupra acestui subiect.

I. În primul caz era vorba de o fată, (P. E.), în vârstă de 23 de ani, care a fost adusă de urgență în Serviciul Clinicii Chirurgicale pentru dureri violente în formă de colice localizate în hipocondrul drept.

Un interogatoriu sumar ne-a arătat că boala actuală datează de 2 săptămâni, când a debutat insidios cu dureri în hipocondrul drept. Durerile surveneau după eforturi și după alimentație, având o durată de aproximativ 1/2 oră. În ziua internării durerile au apărut mai accentuate, iar spre seară în urma unui efort a fost cuprinsă de dureri intense, care au determinat-o să se interneze de urgență în clinica noastră. Bolnava ne spune, că la începutul boalei a prezentat în trei rânduri scaune sanghinolente. În antecedente neagă boli infecto-contagioase sau venerice.

La examenul general nimic deosebit.

Examenul local ne arată că abdomenul bombează ușor în regiunea hipocondrului drept. La palpate se constată o hiperestezie cutanată accentuată la acel nivel, punctul vezicular foarte sensibil.

Bolnava era afebrilă, în schimb prezenta o leucocitoză de 14.000.

Cu diagnosticul unei cholecistite blocate, bolnava se pune la pat, prescriindu-se regim hidric, pungă cu gheață pe regiunea veziculară și desinfectante.

În timpul celor două săptămâni de observație starea generală a bolnavei se ameliorează mult, când prin palpare se poate constata prezența unei tumori, care coboară până spre ombilic, prezentând toate semnele unei origini hepatice. Tumora neavând nici o tendință spre regresare, se decide pentru o laparotomie exploratoare.

La intervenție se constată prezența unei tumori de mărimea unui cap de făt, care ia naștere din lobul lui Spiegel și acoperă vezicula biliară. Coloarea este cenușie, consistența dură elastică, iar în jurul ei, între tumoră și țesutul hepatic, se găsește o zonă de scleroză cu iradiere în parenchimul hepatic. În jurul tumorii se mai găsesc câțiva noduli de aspect asemănător și de mărimea unor alune. Se pune diagnosticul de gomă sifilitică a ficatului și se închide plaga.

Diagnosticul se confirmă prin reacția Wassermann care este intens pozitivă, dar mai ales prin tratamentul specific. După 25 de zile de tratament antisifilitic tumora se reduce până la 2 degete sub rebordul costal, iar crizele dureroase nu se mai repetă.

II. Observația a II-a este a unei bolnave, (S. M.), de 33 ani, care se prezintă la consultațiunile Clinice pentru o tumoră din hipocondrul drept.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nu găsim nimic deosebit. Neagă avorturi și afecțiuni venerice. A avut 4 nașteri la termen.

Boala actuală datează de 3 luni, debutând cu turburări digestive; dureri postprandiale, însoțite de grețuri. De 1 lună bolnava palpându-se din întâmplare descoperă prezența unei tumorete de mărimea unei nuci în regiunea hipocondrului drept. Tumora prezenta o tendință la o creștere rapidă, în care timp bolnava slăbea atât în greutate cât mai ales în forță, fenomene care o determină să se interneze în clinica noastră.

La prezentare bolnava avea matitatea ficatului mărită, întrecând cu 4 degete rebordul costal. La palparea regiunii veziculare se simte o tumoră de mărimea unei portocale care coboară până la nivelul ombilicului. Tumora era mobilă și prezenta o consistență dură. Nu era dureroasă și matitatea ei se continua în sus cu ceea ce a ficatului.

Examele de laborator ne descoperă o reacție Wassermann intens pozitivă și o albuminurie însemnată.

Deși aceste elemente pledau pentru o tumoră sifilitică a ficatului, totuși pentru stabilirea unui diagnostic precis, dat fiind evoluția rapidă și insensibilitatea tumorii și slăbirea bolnavei, se impunea o laparotomie exploratoare.

La intervenție se constată în lobul drept al ficatului, în dreptul veziculei biliare, o tumoră de mărimea unei portocale. Coloarea tumorii era albă-cenușie murdară, suprafața era netedă și acoperită în parte de aderențe. Pe suprafața ficatului se mai observau noduli asemănători ca aspect, dintre care unii atingeau diametrul de 3—4 cm. Se excizează o porțiune din tumoră pentru examen histo-patologic și se închide plaga complet.

Rezultatul biopsiei este: gomă sifilitică.

După 3 luni, în urma unui tratament specific cu bismut și iodură de potasiu, starea generală este bună, bolnava a câștigat în greutate, iar local tumora s'a retras până la 3 degete sub rebordul costal.

III. Observația a III-a este a unui bărbat, (Z. M.), în vârstă de 39 de ani, care se internează în ziua de 4 XI. 1943 în Clinica Chirurgicală, pentru dureri în hipocondrul drept și în epigastru.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nu găsim nimic de relevat.

Boala actuală datează de 3 ani, debutând insidios cu dureri în regiunea hipocondrului drept. Mai târziu durerile veneau în

formă de crize, iradiind în umărul drept și lombe. Consultă un medic care pune diagnosticul de litiază biliară, prescriindu-i niște medicamente.

În ultimul timp durerile se accentuează, fiind asociate de grețuri și vărsături, prezentând în același timp și o anorexie pronunțată față de grăsimi.

De câteva luni observă apariția unei tumori în hipocondrul drept, ceea ce îl determină să se prezinte la consultațiunile Clinicii Medicale. Aici pe lângă un examen medical i se face și o radioscopie, în urma căreia se pune diagnosticul de chist hidatic al ficatului, diagnostic cu care bolnavul se internează în Clinica noastră.

Examenul general: nimic deosebit.

La examenul local se găsește în hipocondrul drept o tumoră dură, de mărimea unei mandarine, ușor dureroasă la presiune, care aparține ficatului. Ficatul, ușor mărit de volum, mai prezenta 2 noduli pe suprafața palpabilă.

Reacția Casoni pozitivă, Weinberg-Părvu negativă. Reacția Wassermann intens pozitivă.

Se intervine cu diagnosticul probabil de chist hidatic al ficatului.

La deschiderea abdomenului în partea anterioară a feței superioare a ficatului se observă o tumoră de mărimea unei mandarine, proeminând, având o colorație albă cenușie. În rest pe suprafața hepatică se mai observă câțiva noduli de mărimea unor alune, cu aceeași consistență și aspect. Puncția tumorii fiind negativă, se excizează o porțiune dintr'un nodul pentru biopsie, apoi se închide cavitatea peritoneală.

Mersul postoperator normal.

Examenul histologic arată că este vorba de o tumoră de natură sifilitică.

Se institue imediat un tratament specific cu neosalvarsan și bismut și după un interval de 3 săptămâni tumora aproape nici nu se mai percepe, bolnavul simțindu-se vindecat.

Observațiunile noastre din cauza lipsei stigmatelor unui sifilis ereditar se pot încadra între formele dobândite ale luesului hepatic, cu toate că nu putem preciza momentul infecției.

Variatatea formelor anatomo-clinice, ca: hepatita sclerogomoasă, forma gomoasă pură, formele febrile, formele cu ciroză ascitică sau icterică etc., pot da un tablou clinic, care adeseori îngreunează punerea unui diagnostic precis.

La început afecțiunea se manifestă de cele mai multe ori prin turburări digestive sau prin fenomene dispeptice. Strümpell insistă asupra hemoragiilor, care apar sub forma de hematemeze sau melene. Prima bolnavă a prezentat în 3 rânduri scaune hemoragice, complicând astfel și mai mult diagnosticul diferențial.

Alteori se observă simptome de natură nervoasă. Majoritatea bolnavilor prezintă și o stare febrilă, sindrom descris sub numele de hepatită lentă febrilă. (Hafegau.)

Boala poate evolua fără dureri (Obs. II) sau mai des cu dureri violente în formă de crize, însoțită și de o ridicare de temperatură. (Obs. II și III). Durerile sunt localizate în hipocondrul drept sau în epigastru, uneori cum a observat și Garré pot iradia în spate sau umărul drept fenomene remarcate și de noi în cazul III.

În faza chirurgicală când apare tumora semnele generale și funcționale se accentuează. Ficatul se mărește, depășind marginea falselor coaste. Tumora devine palpabilă apărând fie sub formă unică sau mai des multiplă. Locul de predilecție al gomei după Gruber și Aschoff se afla în jurul ligamentului suspensor. Lemaire găsește o localizare frecventă în spațiul vinei porte.

Într-o formă mai avansată se poate observa un facies icteric și ascitic.

Indicii prețioase ne pot furniza unele examinări complementare. Astfel examenul radiologic simplu sau mai bine după un pneumoperitoneu sau după o injecție de thorotrast cum au pre-

conizat *Jacobovici* și *Jianu* se impune în toate cazurile pentru fixarea diagnosticului când există un dubiu asupra faptului dacă tumora aparține ficatului sau nu.

Nu se va omite niciodată Reacția Wassermann, care este pozitivă aproape în toate cazurile de tumoră sifilitică a ficatului. Cu toate acestea o reacție pozitivă nu ne dă dreptul să afirmăm cu certitudine natura sifilitică a tumorii. Într-adevăr, poate să fie un sifilitic care să sufere de cancer (*Schmidt*), sau alte tumori hepatice. Uneori chistele hidatice pot da o R. W. pozitivă, fără ca bolnavul să sufere de sifilis. Din această cauză pentru a evita o eroare se impune în toate cazurile de tumori hepatice cu R. W. pozitivă o laparotomie exploratoare.

Albuminuria și splenomegalia sunt semne apreciate de toți autorii în tumorile sifilitice ale ficatului.

Forma sclerogomoasă sau gomoasă pură observată în cazurile noastre, adeseori este confundată cu o serie de afecțiuni chirurgicale. *Kron* a adunat din literatură 47 astfel de cazuri al căror diagnostic clinic n'a putut fi stabilit la nici unul din ele.

Cea mai obișnuită confuzie se face cu cholecistitele acute blocate și cu tot cortegiul lor simptomatic. Cazuri asemănătoare cu observația noastră au fost descrise de *Chiray*, *Lejars* și *Lilienthal* care au avut ocazie să-și schimbe diagnosticul prin operație. *Legueu* comunică un caz cu toate semnele unui calcul choledocian. *Schrager* unul cu diagnosticul unui ulcer duodenal calos.

Adeseori se poate confunda o gomă sifilitică cu o tuberculoză nodulară a ficatului sau cu un cancer primitiv sau secundar al ficatului sau al unui organ învecinat.

Chistele neparazitare congenitale sau câștigate dar mai ales chistele hidatice foarte greu se pot deosebi uneori de gomele sifilitice. În observația noastră No. III lipseau semnele unui sifilis în antecedente, splina era în limitele normale, reflexul pupilar și cele tendinoase erau normale și bolnavul nu a prezentat nici albuminurie. Ficatul era ușor mărit și reacția Casoni era pozitivă. Singură reacția Wassermann nu putea să excludă posibilitatea unui chist hidatic.

Prognosticul afecțiunii diagnosticate depinde de leziunile de scleroză existente, care nu se pot influența prin nici un tratament.

Tratamentul sifilisului hepatic terțiar este medical. Formele pseudo-chirurgicale beneficiază de laparotomie exploratoare atât pentru confirmarea diagnosticului prin biopsie, cât și pentru o parte terapeutică. Efectul terapeutic al laparotomiilor în tumorile sifilitice după cum au observat *König*, *Payr* și alții este asemănător cu cel din cazul peritonitelor tuberculoase. Leziunile în urma hiperemiei produse sunt mai bine influențate de tratamentul specific, vindecându-se cu mult mai repede.

Dacă leziunea se pretează pentru o extirpare fără dificultăți tehnice prea mari și fără riscuri pentru bolnav, aceasta este indicată, după cum o recomandă *Hochenegg*, *Schmidt*, *Mikulicz*, *Legueu* și alții.

Prof. Dr. E. Țeposu, Dr. Petre Bruda și Dr. I. Birău: Considerațiuni asupra tumorilor renale în legătură cu un caz de sarcom al rinichiului stâng recent operat.

Tumorile rinichiului sunt afecțiuni care se întâlnesc destul de rar într'un serviciu de urologie. În Clinica noastră într'un interval de 23 ani am întâlnit abea 40 de cazuri de tumori renale. Fără a putea preciza numeric câte din aceste cancere au fost epitelioame, sau tumori mixte, totuși pot afirma că numărul sarcoamelor a fost foarte mic, ele fiind abea în număr de 3.

Vârsta la care se întâlnesc, poate fi oricare între 2—60 ani. În copilărie întâlnim de obicei tumori mixte, pe când la adulți se întâlnesc mai frecvent epitelioamele, fie de origine renală (tubular, vegetant, carcinoid), fie de origine suprarenală (hiper-nefroamele). Sarcoamele care sunt excepțional de rare, pot ajunge la dimensiuni mari, cum de altfel a fost și în cazul nostru, și sunt din punct de vedere isto-patologic globo- sau fusocelulare.

Tumorile renale prezintă următoarele particularități:

1. Au un debut și o evoluție foarte lentă, putând rămâne multă vreme neobservate.

2. Pot ca să dea metastaze îndepărtate, în special în schelet, uneori chiar înainte de apariția vreunui simptom clinic.

3. Când nefrectomia nu a fost făcută la timp, produc moartea printr'o cașecție progresivă, prin hematurii masive, prin uremie și prin generalizarea leziunii.

Două sunt la adult simptomele principale în tumorile rinichiului: *Hematuria și creșterea în volum a rinichiului.*

Hematuria. În 80% din cazuri constituie prima manifestare a afecțiunii și se produce atunci când tumora e deja avansată. E totală, spontană, capricioasă, intermitentă și abundentă. Hematuria se produce fie prin ruptura vaselor cari sunt foarte fragile în tumori, fie prin congestia organului.

Tumora se întâlnește în 90% din cazuri (*Marion*), și de cele mai multe ori se observă atunci când rinichiul a sângerat mai multă vreme. Cazurile în cari tumora precede hematuria sunt foarte rare. *Durerea* în tumorile rinichiului poate avea un caracter surd și se datorește destinderii capsulei, sau poate surveni sub formă de colică, datorită eliminării de coaguli sau reținerii bazi-netale prin compresiune.

Varicocelul are și el o importanță în stabilirea diagnosticului, mai ales atunci când se găsește în dreapta și se produce prin compresiunea venelor spermatiche fie prin tumoră, fie prin ganglionii din hilul renal.

În stabilirea diagnosticului de tumoră renală, în afară de hematurie, tumoră, durere și varicocel, pielografia — și indeosebi cea ascendentă — prezintă o foarte mare importanță. *François* e de părere că pielografia e un element de diagnostic capital în tumorile rinichiului. În cancer trebuie făcut un diagnostic precoce și pielografia contribuie în a-l ușura.

Papin distinge două eventualități în cari pielografia poate contribui la diagnosticarea tumorilor renale:

1. Când nu există tumora care să se simtă la palpare și când imaginea pielografică poate fi: normală (cancer incipient), deformația în paianjen, defect de umplere (tumora proemină în bazinet), imagine lacunară, bazinet dilatat (compresiuni asupra extremității superioare a ureterului) și deplasarea bazinetului și a ureterului sub influența unei tumori polare.

2. Când există tumora în regiunea lombară, dacă bazinetul e deformat și prezintă una din modificările descrise, cu siguranță că este vorba de un neoplasm renal. *Legueu* și *Marion* de asemenea insistă asupra diferitelor particularități a imaginilor pielografice în neoplasmul rinichiului, și concluziile la care ei ajung sunt favorabile pielografiei ca mijloc de diagnostic, în tumorile rinichiului.

Tratamentul.

La omul adult nefrectomia, când e posibilă, rămâne singura terapeutică eficientă în tumorile renale. Sunt cazuri însă unde mărimea tumorii, aderențele și venele mai sinuoase ca staze venoase pronunțate, contraindică nefrectomia. În cazurile acestea ridicarea totală a țesutului neoplasic fiind imposibilă, operația fiind laborioasă și șocantă, iar recidiva neoplasică rapidă, e bine ca să ne oprim la o simplă lombo-tomie exploratoare, cum se întâmplă de altfel în atâtea cazuri de laparotomii exploratoare. În aceste cazuri e bine ca să renunțăm la nefrectomie, deoarece insistând, acești bolnavi pot să rămână pe masa de operație. Nefrectomia în tumorile renale, e mai dificilă, hemoragia e mai abundentă, iar rezistența bolnavului mai redusă. În neoplasmale renale operate, abea în 25% din cazuri putem vorbi de vindecare definitivă.

Bolnava B. E., în etate de 33 de ani, căsătorită, casnică, din Agnita, Jud. Târnava Mare, vine în serviciul Clinicii noastre în ziua de 26 Iunie 1943 pentru hematurii intermitente și tumefacția flancului stâng.

Antecedentele heredo-colaterale și personale: fără importanță.

Boala actuală datează din toamna anului 1942, când a apărut în mod brusc în urma eforturilor la munca câmpului. Bolnava a fost trezită noaptea din somn de o durere vie în flancul stâng, însoțită de hematurie abundentă. A consultat un medic, care i-a prescris clauden și tablete de dolantin. Durerile și hematuria au dispărut, bolnava putându-și relua ocupațiile obișnuite. După două săptămâni de acalmie, bolnava a început din nou să se simtă rău, având cefalee și dureri în flancul stâng. Consultă un medic care o internează în spitalul public din Sibiu, și afirmă că după tratament ce i s'a prescris s'ar fi simțit mai bine. Bolnava observând că fenomenele de mai sus după perioada de acalmie reapar și că hematurile devin tot mai dese, mai abundente, — fără a se putea pune pe socoteala eforturilor sau a răcelii, — pe de altă parte îngrijorată și de tumora apărută în flancul stâng, ce crește mereu înspre ombilic și care o supără în timpul eforturilor, nemai putându-și vedea de ocupațiile zilnice obișnuite, se internează în serviciul Clinicei noastre.

Examenul obiectiv: Bolnava e de statură mijlocie, având țesutul celulo-adipos redus, iar tegumentele și mucoasele ușor palide. Hemiabdomenul stâng bombează la inspecție. Tubul digestiv, sistemul osos și nervos normale. Pulmon, cord, deasemenea normale.

Examenul organelor urinare: Rinichiul drept nu se palpează. În loja renală stângă, flancul stâng, hipocondrul stâng și fosa iliacă stângă, se palpează o formațiune tumorală, cât un cap de făt, neregulată, de consistență dură, având contact lombar, ușor mobilă și dureroasă numai la presiune.

Examenul urinei: Urina galbenă, clară, acidă, D. 1015, A. pozitiv (+), P. Z. negative. În sediment multe hematii, celule epiteliale de tip renal și vezical, rare leucocite și săruri amorfice urate.

Examenul sângelui: R. W. negativă. Azotemia 0,50 gr. %₁₀₀. Tabloul sanghin: neutrofile 67%, limfocite 22%, monocite 8%, eosinofile 3%. Reacția Weinber-Pârvu și Cassoni negativă.

Examenul cromocistoscopic: Urina clară, cap. 200 cc., mucoasa vezicii congestionată în col și trigon. Orificiile ureterale liniare. Stângul ușor congestionat. În dreapta colorantul se elimină bine și în timp normal, iar în stânga n'avem eliminare nici după 14 minute.

La pielografia ascendentă stângă, se constată o formațiune tumorală mare ce deplasează mult ureterul în partea dreaptă, producând o verticalizare a calicelui.

Toate semnele fiind pentru o tumoră renală stângă voluminoasă, decidem intervenția operatorie. Operația s'a executat în 6 VII. 1943, sub anestezie cu protoxid de azot (Prof. Dr. E. Țeposu, Dr. D. Bruda și Dr. I. Birău) se face lombotomie stângă prelungită anterior cu rezecția ultimei coaste. Se deschide loja renală ocupată de o tumoră de mărimea unui cap de făt, cu suprafața puternic vascularizată, acoperită de vene sinuoase de grosimea unui deget, prinsă în țesut de perinefrită din care se detașează cu greu Capsula rinichiului încă este îngroșată și aderentă mai ales în unghiul costo-diafragmatic. La detașarea polului inferior al rinichiului se deschide peritoneul, care se suturează imediat cu catgut No 00.

Tumora din cauza mărimei nu poate fi lăsată în plagă, de aceea suntem nevoiți să evacuăm o parte din substanța tumorală ce are o consistență moale. Se secționează ureterul, se detașează complet pediculul și se face nefrectomia după tehnica obișnuită. Se drenează loja renală cu 2 tuburi și 4 meși. Piesa extirpată, de mărimea unui cap de făt, neregulată și ușor boselată, la secțiune este de culoare albă gălbui, scobită de lacune reprezentând vasele.

Examenul histo-patologic, făcut de d-l Prof. Titu Vasiliu, (buletin 344 b): „În secțiunile făcute din piesa trimisă se vede numai o structură tumorală fără caracterele nici unui organ. Se văd insule făcute din celule mai mult fuziforme, dispuse paralel fără țesut fibrilat. Este un sarcom fuzo-celular.”

Am prezentat acest caz de sarcom fuzo-celular al rinichiului atât pentru raritatea cazului cât și pentru a indica tehnica chirurgicală indicată în asemenea ocazii, când e mai bine să ne limităm la o simplă lombotomie exploratoare. În cazul nostru, cu toate că nefrectomia s'a putut executa în suficient de bune condițiuni, totuși a rămas o intervenție inutilă, paciența supraviețuind abea 2 zile după intervenție. Șocul operator fiind prea puternic și hemoragia prea abundentă, atât transfuzia sanghină făcută bolnavei, cât și îngrijirea deosebită de care s'a bucurat, au rămas fără nici un rezultat.

Dr. Petre Bruda, Dr. Ioan Birău, Dr. D. Togănel: Un caz de chist hidatic al rinichiului recent operat.

E vorba de un caz de chist hidatic al rinichiului stâng, al 5-lea diagnosticat și operat în clinica noastră în decurs de 23 de ani și al 18-lea diagnosticat și publicat în toată literatura medicală românească (Teza Diamandescu, 1942).

Această localizare puțin frecventă a maladiei hepatice e condiționată de pătrunderea embrionului hexacant provenit dela câine, în tubul digestiv al omului, de unde prin vena portă, ficat, venele suprahepatice, cava inferioară, cordul drept, pulmon, cordul stâng, aortă și artera renală ajunge în substanța corticală a rinichiului unde se formează chistul hidatic.

Cazul nostru, bolnav în etate de 32 de ani, făcând parte din pătura săracă, cu o simptomatologie de 4 ani, a prezentat hidaturia ca principalul și singurul simptom caracteristic bolii, diagnosticul putând fi astfel cu ușurință stabilit cu ajutorul cistoscopiei. Reacțiile biologice și euzinofilia deasemenea au fost caracteristice, iar pielografia ascendentă ne-a dat o imagine asemănătoare celei din tumorile renale.

Ca tratament în cazul de față am recurs la evacuarea chistului după o prealabilă formolizare și la marsupializare, nefrectomia neputându-se face din cauza aderențelor rinichiului cu pleura și peritoneul. (Cazul va fi publicat dimpreună cu pielografia într'un articol.)

Dr. Basil Perția: Activitatea operatorie în Clinica Chirurgicală din Cluj-Sibiu în cursul anilor 1941-1942.

Din încredințarea Domnului Profesor Dr. Al. Pop, directorul Clinicii Chirurgicale din Cluj la Sibiu, am onoarea a Vă prezenta tradiționalul nostru raport de activitate operatorie a Clinicei, de astă dată deodată pe anii 1941 și 1942.

Înainte de-a intra în subiect trebuie să menționăm că activitatea Clinicei noastre, întreruptă la 30 August 1940, a fost reluată după amenajarea localului în care funcționează astăzi, abia la 29 Iulie 1941, când s'a executat prima intervenție chirurgicală.

De asemenea începând la 21 Iunie 1941 războiul contra bolșevismului, Clinica noastră a pus la dispoziția răniților, începând chiar cu primul transport sosit de pe front, 40 de paturi, reducându-se astfel mult capacitatea de ospitalizare și operatorie a Clinicei. Astfel se explică numărul destul de scăzut al intervențiilor chirurgicale în cele cinci luni ale anului 1941, care este de 363.

Rezultatele imediate și tardive obținute în urma intervențiilor făcute, grație conduitei precis stabilite, a îngrijirilor pre- și postoperatorii aplicate, cât și a colaborării strânse și sincere cu celelalte clinici și institute, sunt excelente, având o mortalitate generală de 4,22% pe 1397 bolnavi operați în acești doi ani, sau de 5,48% în anul 1941 (în cele 5 luni) pe 363 bolnavi operați și de 3,77% în anul 1942 pe 1034 bolnavi operați.

Procentul de mortalitate generală destul de ridicat în anul 1941 se datorește în mare măsură cazurilor grave și disperate soite de pe front, care cu toată silința și îngrijirile căpătate n'au putut fi salvate.

Menționăm în general și faptul că, în alte servicii chirurgicale în care nu se intervine atât de des asupra cazurilor care se

pot considera înainte de a se executa operațiunea ca pierdute și unde rezultatele științifice nu sunt atât căutate, procentul de mortalitate globală este mai scăzut.

Analizând operațiile executate după regiuni, constatăm următoarele:

Pe cap s'au făcut 36 operațiuni, dintre care cele mai importante au fost craniectomiile și plastiile osoase pentru defecte osoase, fără nici un mort.

Pe regiunea cervicală s'au executat 76 operațiuni. Cele mai multe intervențiuni s'au făcut pentru diferitele forme de gușe: 26 cazuri de gușe simplă, fără nici un mort; pentru gușe Basedow, adenom toxic și astistole tiroidiană s'au executat 30 operațiuni, cu 5 morți, deci o mortalitate de 16,30%. Trebuie să remarcăm în legătură cu cazurile de Basedow și adenom toxic că, cu toată pregătirea preoperatorie bună, a tratamentului postoperator bine condus, rezultatele sunt puțin mulțumitoare, având o mortalitate destul de ridicată. Asupra cauzelor acestor eșecuri se studiază în Clinica noastră, iar concluziile acestor cercetări vor fi comunicate la timpul său.

Asupra toracelui s'au executat 135 intervențiuni, cu 4 morți, deci o mortalitate de 2,17%. Dintre acestea s'au executat pentru tuberculoză pulmonară: frenicectomie 28, toracoplastii Sauerbruch 6, apicoliză extrapleurăla Schmidt pentru procesele tbc. apicale 8. Toracotomie cu pleurotomie pentru procese inflamatorii acute ca empieme, abcese ori gangrene pulmonare s'au făcut în 10 cazuri, cu 2 morți, deci o mortalitate de 20%.

Rezultate imediate excelente s'au obținut în operațiunea lui Halstead pentru amputarea mamelei în epiteliomamele mamare cu 17 cazuri operate și vindecate.

Cele mai multe operațiuni s'au executat pe abdomen. Pentru ulcerele gastro-duodenale sau epiteliomame, în toate cazurile unde a fost executabilă s'a făcut rezecție de stomac, iar în cazurile unde din diferite motive nu s'a putut executa, ne-am limitat la gastro-entero-anastomoza.

Rezecții în general s'au executat 97, cu 6 morți, dintre care 2 cu ulcere perforate, deci o mortalitate de 6,18%. Rezecțiile s'au executat după diferite procedee: Reichel 91 cazuri cu 5 morți, Finsterer 1 caz, fără mort, Roux modificat 5 cazuri, cu 1 mort.

Gastro-entero-anastomoza s'a executat în 67 cazuri, cu 2 morți, cu o mortalitate de 1,49%.

Cea mai frecventă afecțiune a fost apendicita, pentru care s'a intervenit în 198 cazuri cu 3 morți, având o mortalitate globală de 1,51%. Pentru a păstra cât mai mult fidelitatea statistice, ținem cont de clasificarea apendicitelor după concepția Clinicii noastre, și anume:

Apendicită enterogenă simplă	80 cazuri, fără nici un mort
„ cronică	58 „ „ „ „ „
„ gangrenoasă	41 „ cu 1 mort
A. gangr. perfor. peritonită localizată	5 „ fără nici un mort
A. gangr. perfor. peritonită generalizată	8 „ cu 1 mort
Bloc apendicular supurat	2 „ cu 1 mort

Rezultatele așa de bune în apendicite se datoresc în mare parte conduitei Clinicii noastre, de-a opera toate apendicitele la prezentarea în serviciu, cu excepția blocului apendicular, care dacă are tendință la regresie îl operăm la rece.

Intervențiuni asupra căilor biliare au fost executate în 83 cazuri, cu 7 morți, deci o mortalitate de 6,43%. Pentru chiste hidatice ale ficatului s'a intervenit de 6 ori, obținând totatătea vindecări. Splenectomia s'a executat în 2 cazuri de sindrom hemoragipare, cu un succes.

Laparotomie cu debridări, detorsionări, desinvaginări pentru ileus prin bride, volvulus și invaginare s'au executat în 15 cazuri, cu 6 morți, deci o mortalitate de 40%, relativ destul de ridicată, explicabilă prin faptul că acești bolnavi s'au prezentat în majori-

tatea cazurilor într-o stare de profundă autointoxicare, unii dintre ei aproape muribunzi, încercându-se totuși salvarea lor prin intervenția care s'a dovedit însă întârziată.

Pentru diferitele varietăți de hernii inclusiv cele strangulate, s'a executat 111 intervențiuni, cu 1 mort, deci o mortalitate de 1,05%.

Asupra perineului și organelor uro-genitale s'a intervenit în 91 cazuri, cu 3 morți, cu o mortalitate de 3,29%.

Asupra extremităților s'a intervenit chirurgical pentru leziuni traumatiche, infecțioase, etc. pe 357 cazuri cu 6 morți, rezultând o mortalitate de 1,60%.

Pe coloana vertebrală s'au executat 20 intervențiuni, fără nici un mort, pentru morbul lui Pott dorsal sau lombar, arachnoidită adesivă etc.

În ambulanța Clinicii noastre s'au făcut în decursul acestor 2 ani 6499 pansamente și consultații, precum și 428 intervențiuni de mică chirurgie.

Sedința din 17 Decembrie 1943.

Prezidează: dl Prof. Dr. GH. POPOVICIU, președinte.

Conf. Dr. I. Gavrila: Tratamentul meningitei cerebro-spinale epidemice cu ser și sulfamide.

Autorul comunică o statistică de 36 cazuri de meningită cerebro-spinală epidemică cu meningococi, toate vindecate prin terapia asociată: ser antimeningococic polivalent și sulfamide.

Tehnica tratamentului. Imediat după stabilirea diagnosticului prin examenul clinic și de laborator al lichidului cefalo-rachidian se aplică seroterapia, 100 cc pe zi, (20 cc intrarachidian, restul intramuscular), 3-4 zile consecutiv, zilele următoare serul se dă de obicei numai intramuscular.

Concomitent cu seroterapia se aplică și sulfamidele albe (sulfatazolică sau sulfapiridinice), la adult în primele 2-3 zile câte 6 gr pe zi (jumătate sub formă de injecții intramusculare, jumătate pe cale bucală), se descrește apoi doza regresiv la 5-4-3-2 gr pe zi, continuându-se sulfamidoterapia aproximativ 10 zile, în care timp bolnavul se ameliorează sau chiar se vindecă complet. La copii s'a dat 0, 15-0, 20 gr. pe Kgr.

Analiza cazurilor. După sex 24 au fost de sex masculin, 12 de sex feminin. După vârstă între 2-5 ani au fost 2 cazuri, între 5-10 ani 12 cazuri, între 10-15 ani 7 cazuri, între 15-20 ani 4 cazuri, între 20-30 ani 6 cazuri, între 30-40 ani 3 cazuri, între 40-50 ani 1 caz, între 50-60 ani 2 cazuri, un caz de 63 ani. După gravitate 9 cazuri au fost extrem de grave, 15 de gravitate mijlocie, 12 ușoare. *Complicațiile* înregistrate au fost: într'un caz o monoplegie superioară stângă, în 2 cazuri artrite seroase ale genunchilor, în 2 cazuri otite medii supurate, toate aceste complicații s'au vindecat fără a lăsa sechele. În 12 cazuri (33%) s'a produs boala serului, care a trecut în 2-4 zile.

În concluzie autorul recomandă cu terapia cea mai eficientă în meningita cerebro-spinală cu meningococi tratamentul asociat: ser și sulfamide.

Conf. Dr. Zeno St. Borza: Tratamentul chirurgical al paralizilor radiale definitive prin transplantări de tendoane.

Leziunile traumatiche ale nervilor în general, dar mai ales ale radialului, sunt susceptibile de-a fi tratate prin sutură nervoasă. Se citează numeroase statistici (Schmitt, Speiser, Förster, Delorme etc.), cu rezultate foarte încurajatoare. Totuși procentul insucceselor este încă destul de mare, în special la plăgile extinse de războiu cu lipsa de continuitate nervoasă pe o întindere de mai mulți cm. În astfel de cazuri se recomandă operațiunea transplantărilor de tendoane la nivelul extensorilor mâinii, a degetelor și a policelui care sunt paralizați.

După ce se tratează indicațiunile și contra-indicațiunile acestei operațiuni, se descrie pe larg tehnica întrebuintată de

autor. Punctele principale a acestei tehnici (care derivă din proc. Lexer) sunt: eliberarea tendoanelor, palmarul mare, palmarul mic și a cubitalului anterior printr-o incizie mediană situată deasupra lig. inelar ant.

Aceste tendoane sunt exteriorizate prin două incizii dorsale laterale, după ce sunt tunelizate pe sub tegumentele reg. interne și externe a mâinii și apoi sunt suturate după cum urmează: palmarul mare la tendoanele celor doi radiați, palmarul mic la lungul abductor scurtul și lungul extensor al policelului, iar cubitalul anterior la cubit. posterior și extensorul comun al degetelor.

Autorul înșiră apoi celelalte metode preconizate de: Maucclair, Perthes, Hohmann, Leo Mayer, Gaetano, H. Stiles Lengefeller etc. Discutând fiziopatologia acestor operațiuni, care pare să fie în contradicție cu principiul lui Scherrington, autorul semnalează rezultatele bune observate atât în cele două cazuri observate de D-sa cât și a altor autori cu statistici mai mari. Expunerea a fost însoțită de prezentarea unor numeroase planșe, indicând diferiții timpi ai operațiunii utilizată de autor.

Conf. Dr. Zeno St. Borza: Cazuri de flegmon gangrenos peri-rectal.

Se dă lectură observațiunii alor două cazuri de flegmoane perirectale cu evoluție favorabilă, deși au prezentat toate fenomenele clasice ale unei infecțiuni a spațiului pelvi-rectal cu difuzarea secundară a infecțiunii în fossa ischio-rectală și apoi după gangrena tegumentelor peri-anale, la exterior.

În ambele cazuri rectul a fost complet decolat de procesul inflamator și orificiul anal n'a mai avut conexiuni tegumentare decât în partea anterioară și o punte îngustă la partea post. (Se proiectează fotografii a cazurilor).

După ce se fac câteva considerațiuni asupra etio-patologiei acestor flegmoane, autorul crede că originea infecției a fost datorită în primul caz unei proctite survenită după clisme frecvente cu ajutorul cărora bolnava își provoca scaun. În cazul al doilea factorul etiopatogenic au fost hemoroizii inflamați. Calea de propagare a fost în ambele cazuri calea limfatică. Se insistă apoi în special asupra terenului, care a fost în ambele cazuri prezentate, un factor decisiv.

Prognosticul acestor infecțiuni este de obicei foarte grav. Rezultatele bune a autorului sunt obținute prin trat. chirurgical precoce constând din debridări largi, extirparea lambourilor gangrenoase și a drenajului sistematic. Tratamentul cu sulfamide și ser antigangrenos utilizat în doze masive a fost un factor terapeutic important.

I. Goia, A. Moga și C. Manta: Contribuțiuni la studiul și patogeniza endocarditei, aortitei fibro-plastice și trombo-endarteritei obliterante cu eosinofilie pronunțată.

În 1936 Löffler a descris un tablou clinic caracterizat prin fenomene de insuficiență circulatorie gravă, asociată cu o eosinofilie sanghină foarte ridicată. La autopsie s'a constatat o endocardită parietală fibroplastică extinsă care interesa ambii ventriculi, valvulele fiind intacte. Ulterior Mumme a observat un caz asemănător, care prezenta însă în același timp și unele simptome nervoase destul de curioase (pareză facială, tulburări vizuale), apoi sindrom hemoragiar, colice renale, hematurie. La autopsie se constată o endocardită fibroplastică cu depozite verucoase și pe valvulele bicuspidale, trombarterită obliterantă în viscere, leziuni nervoase, hydronefroza.

Noi am observat 2 cazuri care din punct de vedere anatomo-clinic ne determină să le încadrăm în seria cazurilor observate de autorii amintiți.

Obs. I. Bărbat, 45 ani, după ce a suferit timp de 2 ani de reumatism, prezintă diaree rebelă la orice tratament cu alterarea stării generale și o eosinofilie sanghină de 38⁰/₀. În de-

curs de 2-3 luni se prezintă semne de insuficiență cardiacă progresivă, nefrită, polinevrită. Bolnavul sucombă într-o stare de cașexie după ce în ultima săptămână a făcut o pleurezle purulentă streptococică. La autopsie se constată o miocardită reumatică, endocardită fibroplastică, trombarterită coronariană, nefrită cu leziuni arteriale asemănătoare celor din inimă, hemoragii sub mucoasa intestinală.

Obs. II. Bărbat, 32 ani a prezentat același sindrom de insuficiență circulatorie gravă pe baza unei afecțiuni miocardico-coronariene, eosinofilie sanghină 13-20⁰/₀, astm pulmonar, fenomene de arterită la extremitățile superioare și inferioare, în ultima fază nefrită azotemică și icter. La autopsie se constată: trombarterită generalizată, endocardită fibroplastică extinsă, miocardită reumatică, aortită fibroplastică, un focar de ramolism în creier.

Se insistă asupra tabloului clinic caleidoscopic, care a făcut să se stabilească pe rând diagnosticul clinic de trichinoză, apoi periarterită nodoasă, apoi reumatism cardio-renal; iar în al doilea caz, de sindrom cardio-renal la început, iar mai târziu de endo-miocardită și trombarterită.

Se fac considerațiuni de patogenie, insistându-se asupra factorului allergic care explică și eosinofilia sanghină. Se insistă asupra leziunilor arteriale generalizate arătând în același timp cercetările ce se fac în Clinica Medicală II (Moga-Mețianu) asupra arteritelor reumatismale (în poliarteritele și cardiopatiile reumatismale) și cari arată într-un procent de 16⁰/₀ sindromul obliterării arteriale, apoi într-un procent destul de ridicat modificări mai mult oscilometrice (44,4⁰/₀) sau apariția de epistaxis (în 19,4⁰/₀), fenomene care evoluau paralel cu puseurile de poliarterită. În total tulburări circulatorii au găsit în 29 din 36 de cazuri examinate până acum.

Contribuția pe care o aduc constă în faptul că au putut dovedi natura reumatică a leziunilor prin datele examinărilor anatomo-patologice și în primul caz prin antecedentele reumatice din ultimii 2 ani.

Prof. Hațieganu scoate în evidență polimorfismul simptomatologiei clinice a cazurilor prezentate, apoi insistă asupra leziunilor arteriale în cardiopatiile reumatismale în legătură cu câteva observații personale. Azi nu trebuie să ne mulțumim numai cu un examen stetacustic al inimii, ci trebuie să trecem la o analiză foarte serioasă a extremităților. Foarte adeseori vom găsi tulburări ale circulației periferice, fapt care confirmă și cercetările Clinicii Medicale II. Reumatismul nu dă numai manifestări din partea inimii, ci interesează întreg aparatul vascular, dând manifestări la distanță. Cazurile comunicate aduc o contribuție importantă la toate manifestările clinice ale reumatismului.

Prof. T. Vasiliu insistă asupra factorului allergic în reumatism, în legătură cu cele 2 cazuri.

Dr. C. Berariu: Bila calcară - un simptom radiologic puțin cunoscut.

Bila calcară este un simptom radiologic care constă dintr-o opacifiere a conținutului vezicii în urma sporirii procentului de calciu până la 95⁰/₀. Ea se produce în cazurile de litiază biliară când cisticul este obstruat printr-un calcul inclavat, iar peretele alterat al vezicii biliare absoarbe din conținutul acesteia numai materiile organice, pe când cele anorganice, în cazul nostru calciul, rămân pe loc și se îngroașe. Expunerea completă a sindromului în legătură cu un caz observat timp de doi ani.

Dr. Spătaru Titu și Dr. Iliaș I. Virgil: Un caz de hipoplazie renală secundară, cu flegmon perirenal și calcul extrarenal.

Hipoplazia renală nu este o afecțiune rară. Interpretarea ei patogenetică este grea, neavând criterii deosebitoare nete, între forma primară și secundară. Dimensiunile rinichiului afectat, în



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINOENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**



B E T A B I O N

Preparatul de vitamină B₁

încercat

în terapie și profilaxie

Tablete à 3 mgr. — Fiole à 5 mgr.

Fiole »forte« à 25 mgr.

Nou: Fiole »fortissimum« à 100 mgr.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE — DARMSTADT

Reprezentanța: Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk 32

bularea lui, comparația volumetrică cu cel de partea opusă sunt tot atâtea norme îndrumătoare, lămuritoare, dar nu infallibile, mai ales atunci când pe un rinichi hipoplazic - primar - s'a grefat un proces atrofo-scleros. În acest din urmă caz interpretarea posibilă rămâne până la un punct întotdeauna ipotetică. Însă nu această separație face latura interesantă a expunerii noastre, ci faptul, că în urma proceselor patologice ce le-a suferit rinichiul s'a ajuns la eliminarea în spațiul perirenal a unui calcul, cuprins într-o ambianță flegmonoasă.

Este vorba de femeia F. Elisabeta, de 33 ani, casnică, necăsătorită.

În antecedentele heredo-colaterale nu prezintă nimic de semnalat.

În antecedentele personale a prezentat o malarie la 12 ani, febră tifoidă la 15 ani, pneumonie la 33 ani. Neagă alte boli infecto-contagioase și venerice. Menstruată la 18 ani, epocile catameniale s'au succedat în mod regulat.

Boala actuală datează de șapte săptămâni, debutând cu dureri vagi în lombe, ce iradiau spre hemitoracele stâng. După puțin timp durerile au sporit localizându-se mai mult în unghiul costo-muscular, cu iradiții în lungul liniei axilare posterioare, urcând până la coasta 5-6 și uneori până adânc în axilă. În ultimul timp, durerile s'au adăugat ascensiunii termice, transpirații abundente și inapetență. Înainte cu două săptămâni au apărut frisoane și pararele s'au instalat fenomene broncho-pulmonare, cu tuse, expectorație mucoasă, nuanțată rar, în roz, dispnee. Starea generală alterându-se bolnava simțindu-se mult slăbită, se internează în Clinica Medicală în luna August 1943, unde se pune diagnosticul de abces subfrenic stâng, nefrită cronică, cisto-pieletă și este trimisă în serviciul chirurgical pentru intervenție.

La examenul medical se constată o stare generală proastă. Temperatura este 39,5, pulsul 110, respirația 28 pe minut, adinamie și cefalee intensă.

La examenul fizic, bolnava de statură mică, gracilă. Tegumentele și mucoasele vizibile palide, faciesul palid murdar. Sistemul musculo-adipos mult diminuat, sistemul osos intact. Extremitățile libere. Ganglionii limfatici de mărime și consistență normală.

La aparatul cardio-vascular nu găsim nimic relevabil din punct de vedere patologic, înafară de atenuarea sgototelor cardiace și o hipotensiune pronunțată.

Abdomenul de conformație normală. Ficatul ușor mărit, splina nu se palpează.

Sistemul nervos nu prezintă nimic deosebit.

La examenul local se remarcă prin inspecție, venectazii discrete și o modificare de aspect a pielii în regiunea lombară. La palpare se constată o durere difuză a regiunii lombare, cu puncte de intensitate sporită în unghiul costo-lombar stâng și la nivelul triunghiului lui Grynfelt, precum și o contractură musculară puternică. Coapsa stângă se găsește în ușoară flexiune și abducție, dureroasă la orice încercare de mișcare și întindere.

La examenul pulmonar, radiosopic se vede un desen hilar mai pronunțat și calcifieri multiple. Sinurile costo-diafragmatice libere. Hemidiafragma drept prezintă mișcări de amplitudine normală, iar cel stâng este ușor ridicat și hipomobil.

La examenul de laborator se găsește în puroiul extras prin puncție lombară, o floră microbiană mixtă, cu predominanța stafilococului, apoi bacili fuziformi Gram pozitivi și Gram negativi. Pe medii de cultură, diverse, aceeași floră mixtă aerobă și anaerobă.

Reacția Wassermann negativă.

Leucocitoză 14.800. Tensiunea arterială 10-6,1/2 V. L.

Azot 0,38 gr. la mie.

Urina este galbenă tulbure, floconoasă. Dens. 1010; A. P. pozitiv; Z. negativ. În sediment s'au văzut placarde de leucocite, hematii decolorate și fosfați.

Bazați pe ansamblul simptomatologic înfățișat mai sus am opinat dela început pentru un flegmon perinefretic.

Am intervenit prin lombotomie stângă, evacuând o cantitate considerabilă de puroi extrem de fetid. La explorarea digitală a cavității de supurație, făcută puțin profund, am găsit câteva despărțitoare fibroase care o împărțeau în mai multe compartimente. Aceste au fost debridate în măsura necesară. În spre polul superior al pungii am simțit o masă dură neregulată, de mărimea unui ou, neputând afirma cu certitudine dacă este rinichi sau nu. Am aplicat un tub cu meșe, lăsând plaga larg deschisă.

După operație survine o ușoară ameliorare a stării generale, dar temperatura se menține între 37,5 și 38,5. Din plagă se scurge neîncetat un puroi fetid. La trei săptămâni dela operație, după un efort de tuse pansamentul s'a îmbibat cu sânge. A doua zi sângele este în urme mici, dar în locul lui plaga este invadată de o cantitate mare de urină. Fistula urinară a ținut 14 zile, după care timp scurgerea de urină a încetat cu totul rămânând iarăși ca înainte doar eliminarea de puroi.

Au trecut astfel două luni și jumătate în care timp plaga nu s'a închis complet, persistând un traect fistulos, din care se scurgea o cantitate mică de puroi. În fața acestei renitențe și a subfebrilității, ne-am gândit la posibilitatea unui factor iritativ renal, de întreținere. La îndemnul d-lui Prof. Pop, am trimis bolnava pentru examinarea funcțiunii renale la Clinica Urologică, unde d-l Dr. Popluca cu o pricepere concludentă i-a făcut examenul cromocistoscopic, găsind o urină ușor tulbure, vezica de capacitate normală, cu mucoasa injectată și edematiată în jurul colului și în trigon, pe alocurea cu depozite de fibrină. Orificiile ureterale erau întredeschise. Cel drept elimina colorantul în timp normal cu jet și forță de proiecție bună. Cel stâng nu a eliminat colorantul nici după 15 minute și avea un dop de fibrină. Pe versantul său drept la o distanță de un cm. s'a pus în evidență un calcul uratic de mărimea unei boabe de orez.

La examenul radiologic fără substanță de contrast, se observă o umbră mare cu aspect globulos, contur neregulat care trece în sus sub rebordul costal stâng, iar în jos până la nivelul vertebrei a V-a lombare. În porțiunea superioară acestei zone se observă imagini de calculi renali.

Stabilind prin aceste examinări că rinichiul, prin natura leziunilor lui, nu îngăduie vindecarea, am hotărât nefrectomia.

Operația s'a făcut sub anestezie generală cu eter. Un bloc întins de concrescențe scleroase unifică loja renală și subdiafragmatică stângă, care a făcut deosebit de anevoioasă intervenția. După desfacerea acestui bloc am găsit o serie de pungi pline de puroi. Explorând mai departe, după ce am disociat o zonă scleroasă și am rezeceat coasta a XII-a, am găsit un rinichi mic, neregulat, dur, cu pedicul extrem de scurt, pe care l-am scos după ligatura simplă a pediculului. Am aplicat un tub și meșe pentru drenaj și am refăcut parțial plaga.

Piesa scoasă avea o greutate de 30 gr., lungimea de 5 cm., grosimea de 2 cm. iar lărgimea de 3 cm.

La examenul histo-patologic s'a găsit un țesut în care cu greu se putea identifica structura renală; câțiva tubi dilatați plini cu sânge, vase mari arteriale și între ele un țesut de granulație cu limfocite și histocite. În unele vase se constată un endoteliu îngroșat și scleroză. Aspectul histologic pledează pentru o hipoplazie renală.

Această hipoplazie renală văzută în lumina părerilor expuse în literatura de specialitate și după părerea explicită a d-lui Prof. Pop, credem că este o hipoplazie secundară pură. Deși rinichiul extirpat prezintă o oarecare lobulare superficială, aceasta nu o interpretăm ca un argument pentru natura primară a hipoplaziei. Gruber, strângând cazurile de această natură publicate, găsește și conține printr'un consemn general al autorilor, că hi-

poplaziile renale congenitale pe care s'a grefat procese anatomic patologice atrofo-sclerose, coboară dimensiunile renale la valori și mai mici decât cele constatate în cazul de față, chiar și atunci când rinichiul afectat avusese înainte o funcțiune normală.

Rinichiul extirpat a fost deci pe de-a-ntregul sediul unei inflamații neavând nimic subnormal în configurația sa primară. Sclero-atrofia a survenit în urma unui proces inflamator renal, complicat mai târziu printr'unul perirenal. Nefritele cu alterări profunde ale glomerulilor și ale tubilor, duc la aceste sclero-atrofii pronunțate, explicate ca fenomene de reparație degradată. Dar în cazul expus alterarea a cunoscut cauze mai întinse și mai intense. A existat o calculoză care a favorizat întinderea procesului și instalarea unei pioniere cu mai multe abcese corticale, dintre care unul, verosimil, a perforat în zona pararenală producând un flegmon fetid. Procesele pararenale reparatoare și limitatoare pe care le-a deslănțuit acest flegmon, au contribuit la intensificarea sclerozei, la micșorarea rinichiului înglobându-l într-o gangă greu disociabilă. Eliminarea calculului s'a făcut prin deschiderea unui abces cortical care avea legătură largă cu calicele în care era lojat calculul, cu producerea concomitentă a unei hemoragii trecătoare și a unei fistule urinare ceva mai durabile. Orificiul de eliminare al calculului s'a închis printr'un proces ulterior de reparație. Dar calculul odată ajuns extra renal a jucat rolul unui corp străin, iritativ, care s'a opus vindecării, întreținând supurația și fistula, impunând a doua intervenție, în care s'a făcut nefrectomia.

Am ținut să prezentăm acest caz, care demonstrează o complicație neobișnuită a pionierelelor calculoase. În literatura consultată de noi nu am găsit un caz similar.

Bibliografie

Prof. Titu Vasiliu: Anatomie patologică și clinică.

H. E. Gruber: Entwicklungsstörungen der Nieren und der Nierenbecken.

Jeanbreaux: Maladies des reins.

I. Marion: Traité d'urologie.

R. Uebelhöhn: Die chirurgie der Nieren und der Nierenbecken.

Journal de chirurgie 1939-1940.

Aschard-Loeper: Traité d'anatomie pathologique.

Hafteganu-Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală.

Dr. Spătaru T. și Dr. Perșia B.: Considerații asupra unui caz de Exostoze osteogenetice multiple, în legătură cu un caz personal

Fetița E. B., de 11 ani, elevă. În antecedentele heredo-colaterale nimic important. În antecedentele personale neagă orice afecțiune infecto-contagioasă. Nu a suferit de niciun traumatism de care să-și aducă aminte. Boala actuală datează de 6 ani, când a debutat insidios, cu apariția în regiunea interscapulară a unei tumorete cam de mărimea unui bob de porumb, care în scurt timp a ajuns bine proeminent sub piele, ajungând la volumul unei nuci. Tumora era dură nedepresibilă, absolut indolentă. La scurt timp aproximativ după 2 luni, părinții au observat apariția unei tumori similare pe unghiul supero-intern al omoplatului stâng, deci absolut simetric cu prima tumoră.

În al doilea an de boală, a mai apărut o tumoră similară, în 1/3 inferioară a femurului stâng deasupra codilului intern, tumoră care avea mărimea unui bob de strugure. La 1½ lună a apărut pe coapsa cealaltă o deformare la fel atât ca localizare, volum și formă. Aceste tumori spre deosebire de celelalte erau dureroase la presiune. La vârsta de 8 ani, atât bolnava, cât și părinții au remarcat apariția de noi tumorete, care acum nu mai

aveau aceeași sistematizare de apariție simetrică. Așa a început apariția de tumori mici de-a-lungul membrului superior drept dela articulația scapulo-umerală dreaptă pe umerus în jos, la nivelul articulației mâinei și chiar pe degetele II—III dr. A urmat în ordine cronologică gamba stângă, membrul sup. stâng, cuprinzând umer, cot și extremitatea inferioară a radiului. Tumorile apărând tot mai multe și la intervale neregulate, bolnava nu mai poate urmări apariția lor, nici nu le mai semnalează decât pe cele interscapulare, care au început a fi dureroase la mișcări, limitând în bună parte excursiunile fiziologice ale omoplatului.

Alarmă de acest fapt, cât și de creșterea progresivă a tumorilor, care au devenit foarte proeminente ajungând la mărimea unui măr, părinții se hotărăsc să consulte un medic și se internează în clinica chirurgicală în ziua de 12 XII. 1943.

La examenul fizic, fetea de statură mijlocie, tegumentele și mucoasele vizibile palide. Sistemul musculo-adipos puțin reprezentat. Aparatul respirator și circulator, nu prezintă nimic patologic. Ganglionii nu se palpează, extremitățile libere. Abdomen ușor balonat, ficatul puțin peste marginile falselor coaste. Sistemul nervos intact. Sistemul osos alterat în special la nivelul epifizelor, unde prezintă aproape la toate oasele tumorete, de mărimi și forme diferite. La examenul general al aparatului osteo-articular se observă în unele articulații: scapulo-umeral bilateral, cotul drept și tibio-tarsiană stângă, ușoară jenă în mișcări: rotația în scapulo-umerală, flexiune în articulația cotului și tibio-tarsiană, cât și coxo-femural bilateral. Aproape toate tumorile din regiunile amintite erau proeminente la suprafața tegumentelor, aderente la oasele gazde, neaderente de piele. Suprafața tumorilor era regulată cu pielea întinsă, numai la palpație se simțeau neregularități mai mult sau mai puțin nete. La examenul radioscopic, făcut pentru un control al scheletului în afară de față, craniu, claviculă și tars, am găsit exostoze de forme și mărimi diferite pe toate oasele scheletului și localizate exclusiv la nivelul cartilagiului diafizo-epifizar. Pentru precizarea diagnosticului am prins în mai multe radiografii întreg scheletul. Tabloul radiologic se prezintă în felul următor: La nivelul unghiului supero-intern al omoplatului stâng, o tumoră de mărimea unui măr neregulată, cu aspect conopidiform, de structură trabeculară cu zone clare și opace. Pe marginea superioară a omoplatului altă tumoră similară cu cea de mai sus, însă de volum mai redus. Pe coastele III—IV dreapta 3 tumorete cu aspect de mamelon pe marginile superioare ale coastelor. Tot ca un aspect interesant radiologic amintim forma neregulată a coastelor care la nivelul articulației costo-transversare II—VI prezintă unghiuri foarte ascuțite cu vârful în sus. Coastele în general mult subțiate, margini neregulate, iar spațiile intercostale mult mărite la unele, aproape dispărute la altele. La nivelul articulației cotului atât în dreapta, cât și în stânga numai discrete burjonări osoase. De o parte și de alta a extremității inferioare radiale două exostoze în formă de cârlig îndreptate în sus. La antebrațul drept cele două oase au suferit un proces de sudare printr'o exostoza care prinde extremitatea inferioară și sudează în bloc cele două oase foarte îngroșate la acest nivel. Ca o consecință a acestui fapt radiusul prezintă o incurbare de totalitate, dând aspectul de radius curvus. Mâna este deviată în afară, apofiza stiloidă a cubitului foarte proeminentă înapoi, corpul ușor proiectat înainte, gâtul mâinii formează o ridicătură anterioară, pe care se evidențiază foarte puternic tendoanele flexorilor, iar mișcarea de pronafie ușor împiedecată, deci o adevărată maladie a lui Madelung. Pe carp și metacarp nu se observă nicio tumoră, în schimb pe falanga II-adeq. III și IV două exostoze de mărimea unui bob de porumb. Un tablou radiologic frumos și tipic al acestei maladii îl prezintă ambii genunchi, unde atât pe extremitățile femurale, cât și pe cele ale ambelor oase ale gambei, se găsesc o multitudine de exostoze, cu cele mai bizare forme: agățătoare de cuier, ciuperci, conuri, vârfuri de corn, etc., unele pediculate și mari altele sesile. Ca o cu-

rizitate amintim aici că pe clișeul radiografic, se observă toate fazele de dezvoltare ale exostozei și ca o caracteristică pentru ambii genunchi, toate exostozele se îndepărtează prin vârful lor de genunchi privind spre diafize. La extremitatea inferioară ambele gambe prezintă între cele două oase o exostoză mare care le unește pe o întindere de 4 cm. Pe metatarsianul II piciorul stâng și metatarsianul IV și falanga II degetul III, trei exostoze mici sesile.

Am amintit numai în treacăt localizările exostozei expuse mai sus, căci ele nu au adus modificări prea importante și evidente în locul lor de apariție. Nu tot același fapt îl găsim la extremitatea superioară a ambelor umerus-uri și art. scapulo-umerală și mai cu seamă la bazin și capetele femurale cu articulațiile coxo-femorale. La artic. scapulo-umerală dr. găsim o perturbare completă a suprafețelor articulare atât din partea omoplatului unde cavitatea glenoidă este complet mascată de o exostoză, încât unghiul extern aproape că nici nu se cunoaște. Capul umeral mascat de o exostoză care face o punte dela vârful apofizei coracoide la acromion. Epifiza umerală este mult îngroșată, neregulată cu o serie de exostoze conice cu bază largă de implantare. Toată jumătatea superioară a osului are un aspect foarte curios, chistic trabecular. În partea stângă același tablou însă ceva mai atenuat.

Adevărata surpriză a examenului radiologic ne-a provocat-o bascularea articulațiilor coxo-femorale, unde clinic afară de o ușoară jenă în flexiune nu am remarcat nimic deosebit. Clișeul radiologic, ne dă însă un aspect foarte nefavorabil pronosticului și evoluției boalei de mai târziu. Bascularea prezintă o deformitate în sensul diametrului a.p., care este mult mărit în detrimentul celui transvers. Ramurile ischio-pubiene suprafața pectineală, marginea posterioară a coxalului și toată strâmtoarea superioară plină de neregularități exostozice. Suprafețele articulare atât coxale, cât și femurale alterate în sensul că, suprafața articulară cotiloidiană este aproape complet dispărută, neregulată și în parte aproape sudată de capul femural. Capul femural și colul enorm îngroșate, iar cele două extremități superioare ale femurului prinse într-o formațiune exostozică neregulată prezentând un aspect de măciucă. Enumerând toate formațiunile exostozice, vedem că sunt repartizate după regiuni în felul următor: humerus dr. 6-stg. 3, a antebraț dr. 6-stg. 6, mâna dr. 2-st. 0, femur dr. 9-stg 9, gamba dr. 6-stg. 5, picior dr. 3-stg. 0, torace 5, basin, 12, față 0. Total 72 exostoze.

Acest caz atât prin varietatea formelor, localizare și mai ales prin anumitele modificări aduse scheletului, prin numărul mare al tumorilor, dar mai ales prin prognosticul care-l întrevădăm noi, constituie un caz destul de rar.

Intrădeavăr admitând că, tumorile acestea au în dezvoltarea lor un paralelism perfect de creștere cu cel al osului gazdă, așa cum susțin cei mai mulți autori, pe de altă parte ținând seama de vârsta bolnavei noastre, precum și de mărimea și localizarea în jurul artic. scapulo-umerală și coxo-femorale a exostozei cu tendințe invadante, putem bănuși că până la vârsta de oprire a creșterii, aceste tumori se vor dezvolta mereu, în defavorul articulațiilor pe care le vor bloca sau duce la anchiloză completă; deci prognosticul este cât se poate de serios. Pe de altă parte aceeași gravitate o prezintă dezvoltarea exostozei din basin, care au început deja să dea modificări ale diametrelor basculării și vor aduce tulburări și mai mari odată cu dezvoltarea lor. Meckel citează un caz de avorturi spontane la o femeie care avorta întotdeauna la aceeași epocă de sarcină (luna 4-a), din cauza unei exostoze pubiene. Cloquet citează un caz unde o exostoză a feții posterioare a pubelui a perforat vezica urinară fiind luată drept un calcul vezical.

În ce privește tratamentul, singurul aplicabil este cel chirurgical, iar noi ne vom mărgini la exereza exostozei mai mari și mutilante

Dr. A. Moga—Dr. V. Munteanu, Secretar General: Raportul general asupra activității Societății Științelor Medicale Cluj-Sibiu pe anul 1943.

La sfârșitul mandatului său, Comitetul Științelor Medicale Cluj-Sibiu pe anul 1943 se prezintă înaintea plenului cu următoarea dare de seamă:

În al 3-lea an de refugiu și războiu cu un mare număr din membrii activi plecați pe front, Societatea noastră a fost, totuși, un amvon din care s'au răspândit rezultatele fructuoaselor cercetări și studii făcute cu toate vicisitudinile situației prezente.

Trebuie accentuat, dela început, că înalta ținută științifică a ședințelor Societății noastre a fost un indemn pentru noile cercetări. Societatea noastră a fost arena de emulație a cercetărilor și studiilor din Clinici și Institute.

În general activitatea din acest an a depășit pe a ultimilor doi ani, ani de refugiu, atingând și chiar întrecând nivelul de activitate din anii de pace prin cele 115 comunicări și prezentări de cazuri și prin cele 3 conferințe.

Această activitate științifică a fost dezvoltată în 15 ședințe ordinare și 1 ședință extraordinară. În ședința extraordinară a conferențiat d-l Doc. Dr. H. Baatz, Președintele Asociației Docenților Germani pentru legăturile cu străinătatea.

Comunicările, prezentările de cazuri și dările de seamă se repartizează pe Clinici și Institute în felul următor:

Clinica Infantilă	15
" Dermatologică	15
" Chirurgicală	12
" Ginecologică	10
" Urologică	9
" Medicală II	7
" Oto-Rino-Laringologică	7
" Medicală I	5
Institutul de Anatomie Patologică	5
" " Igienă	5
" " Farmacologie	4
Clinica Boalelor Contagioase	4
" Stomatologică	3
Institutul de Bacteriologie	3
Clinica Balneologică	2
Institutul de Radiologie	2
" " Anatomie	1
" " Fiziologie	1
" " Medico-Legal	1

Dintre Instituțiile Extra-Universitare ne-au dat concursul:

Policlinica C. F. R.	4
Spitalul Militar	2
Serviciul Sanit. al Jud. Sibiu	1
Serv. Sanit. al Jud.	1

Conferințe au ținut:

D-l Prof. M. Kernbach: Doctrina și teorii în patologie.

D-l Prof. M. Sturza: Fizioterapia în războiu.

D-l Docent H. Baatz: Probleme ale studiului cancerului și și ale combaterii lui

Trebuie remarcat faptul că subiectele comunicărilor și prezentărilor de cazuri au fost din cele mai interesante și variate reprezentând reale contribuțiuni la studiul problemelor respective.

Amintim cele 3 ședințe consacrate unor probleme de interes general și actual, 2 ședințe pentru tifusul exantematic și 1 pentru transfuziile sanghine.

Societatea noastră a intrat și a colaborat la zilele medicale ținute în luna Aprilie împreună cu Ministerul Sănătății.

Publicul ședințelor a fost constituit din personalul științific al Facultății de Medicină, Medicii Spitalelor și Instituțiilor Sanitare din localitate, Medicii Spitalului Militar.

Nu am avut decât rar participarea colegilor minoritari și numai la o singură ședință în număr mai mare, la aceea în care a conferențiat d-l Doc. Dr. Baatz.

Din pricina programelor militare foarte încărcate, numărul studenților care au putut lua parte, a fost restrâns.

Ședințele Societății s-au ținut în Amfiteatrul Clinicei Gynecologice.

În cursul acestui an, Societatea noastră a pierdut dintre membrii ei, pe Prof. Dr. M. Zolog, care a fost comemorat în una din ședințe.

În cursul anului din cauza cheltuielilor mari de tipar pentru a se putea publica și face extrase din rezumatul ședințelor, s'a instituit o taxă de 100 (Una sută) lei, pentru fiecare comunicator.

Activitatea anului pe care îl încheiem demonstrează, odată mai mult, beneficiul existenței Societății noastre atât pentru Medici, cât și pentru Studenți.

Din bilanțul de activitate, suntem îndreptățiți să conchidem că am ajuns deja la consolidarea activității științifice a Facultății noastre și chiar dacă am fi sortiți încă unor vitregii ale sorții, avem deja sâmburele rodnic din care va putea răsări și crește iarăși arborele științei clujene.

Cuvântul Președintelui.

Președintele Societății, d-l Prof. Dr. Popoviciu Gh., mulțumește Comitetului și membrilor care au asigurat o activitate atât de frumoasă. Ea se extinde chiar și pe lunile de vacanță, din cauza activității științifice bogate a membrilor, depășind atât prin numărul ședințelor, cât și prin numărul și adesea calitatea lucrărilor prezentate, activitatea din ultimii ani, chiar cei de pace. S'a dovedit fructuoasă metoda prezentării problemelor de ansamblu și interes general, actual, ca transfuzia sanghină, tifusul exantematic și a „zilelor medicale”, organizate în colaborare cu Ministerul Să-

nătății, în care s'a pus combaterea mortalității infantile, problema vitaminelor, a icterului epidemic alături de alte probleme de interes deosebit practic și științific.

În special mulțumește, pe lângă d-lor Vice-Președinți, Secretari Generali, etc., din comitet, d-lor *Doctori C. Meșianu și O. Pop*, care au depus o muncă de mare entuziasm și devotament. Ea trebuie relevată în împrejurările de azi, când prea mulți se văd ispitiți numai de avantajile materiale ale profesiei medicale.

În ultimul timp, eforturile mari în condițiile actuale ingrate, au produs o oarecare oboseală în conducerea și la membrii societății, explicabilă prin dificultățile mari impuse de starea de războiu. De aceea este nevoie ca să vină energii noi în fruntea societății, dotate cu mare autoritate, experiență, prestigiu științific moral și național.

Focul sacru al științei clujene trebuie să inspire la o activitate nu numai similară celeia din trecut, dar chiar tot mai ascendentă pe cei care sunt chemați să continue și să conducă această activitate. Din consultările făcute, rezultă că persoana care îndeplinește în cel mai înalt grad cerințele impuse de societatea noastră și vremurile care vor putea fi și mai vitrege și decisive în anul ce vine, este d-l *Profesor Dr. Marius Sturza*. D-sa a condus înainte de refugiu societatea cu multă energie, pricepere, tact și cu o competență fără seamăn. Pe de altă parte experiența, meritele personale naționale, altruismul și sufletul pe care îl pune în serviciul acestei mari cauze vor fi chezașia unei activități viitoare cât se poate de roditoare. D-sa mai dispune și de timpul necesar pentru o muncă atât de grea prin calitatea sa regretabilă pentru Facultate de Profesor numai onorar, retras din cauza limitei de vârstă, când munca, priceperea și știința D-sale l-ar fi indicat încă pe multă vreme la catedră. Energia rămasă astfel disponibilă va fi folosită de Societății noastre.

Revista cărților

Tratat de medicină socială. - Medicina socială ca știință. - Eugenia. - Demografia. De Prof. Dr. G. Banu. - Casa Școalelor. București 1943. Un volum de 430 pagini. Costul Lei 500.

A apărut primul volum din marele Tratat de medicină socială, proiectat în IX volume, de către profesorul Gh. Banu, titularul catedrei de Medicină Socială dela Facultatea de Medicină din București.

Volumul apărut se ocupă cu 3 probleme importante din cadrul medicinei sociale: Medicina Socială ca știință. Eugenia. Demografia.

În cadrul capitolului despre medicina socială ca știință, se tratează despre evoluția generală a ideilor, privind medicina socială, sfera de acțiune și materia acestei discipline, importanța, istoricul, metodele de studiu, învățământul ei în țările industriale și agricole, medicina socială la noi în țară.

În capitolul despre eugenie, autorul tratează această problemă din toate punctele de vedere: obiectivele și evoluția istorică a eugeniei, considerațiuni asupra eredității, studiul rasei, fiziopatologia rasei, studiul factorilor cari compromit valoarea biologică a descendenților, necesitatea promovării a masei mijlocii a populației, măsuri practice de eugenie.

În capitolul al treilea se vorbește despre demografie, expunându-se următoarele probleme în legătură cu această chestiune: importanța și obiectivele științei populației, metodele folosite în

investigațiile demografice, statistica vitală, situația calitativă a populației, influența diversilor factori asupra evoluției populației, politica populației.

După fiecare capitol se dă un foarte bogat material bibliografic.

Astăzi problemele sociale sunt pe primul plan al vieții publice și particulare, de aceea un tratat în acest domeniu era foarte necesar, astfel că această lucrare de mari proporții va umple un gol resimțit în viața națiunii. Întrădeavă tratatul de față, prin multiplele probleme ce le cuprinde, interesează nu numai pe medicii de toate categoriile, dar va interesa pe toți factorii de conducere ai vieții noastre publice. Totuși în primul rând literatura medicală română este mândră de apariția acestui tratat, care nu trebuie să lipsească din biblioteca niciunui medic român, care se interesează de viața colectivității naționale.

Conf. Dr. I. Gavrila

Electrocardiograma. De I. Cotaiescu. București 1943. p. 101

Valoarea electrocardiografiei ca metodă de explorare în afecțiunile cardiace este unanim recunoscută. Astăzi nu se poate concepe un examen complet al inimii fără înregistrarea de electrocardiogramă. Iată de ce apariția în literatura medicală românească a unei noi cărți care se ocupă de această metodă, este un semn îmbucurător.

Cartea d-lui Cotaiescu tratează „Electrocardiograma în mecanismul normal și patologic al inimii”. Titlul acesta dovedește

importanța care se dă proceselor fizio-patologice, care determină forma electrocardiogramei normale și patologice. După câteva noțiuni de embriologie, anatomie și fiziologie cardiacă, indispensabile pentru înțelegerea curbei electrice a inimii, autorul tratează în partea a doua mecanismul patologic al inimii, în următoarele capitole: I. Blocul nodal sino-atrial. II. Blocul nodal atrio-ventricular. III. Blocul ventricular. IV. Aritmie extrasistolică. V. Con tracția circular atrială. Această împărțire a materialului dovedește o concepție personală bazată tocmai pe procesele fizio-patologice care se petrec în miocard.

În ultimul capitol autorul se ocupă de analiza electrocardiogramei și dă o metodă originală pentru determinarea exactă și mai simplă a orientării axului electric.

Cartea merită să fie citită de oricine vrea să se inițieze și să-și însușească metoda electrocardiografică.

Dr. A. Moga

Sifilisul. Heredo-sifilis la copii. De Dr. Mihai Zavergiu-Teodoru. București. Tipografia Const. N. Ștefănescu, Str. Cobălcescu 9.

Într-o lucrare de 64 pagini autorul se ocupă de problema sifilisului în asigurările sociale, expunând o serie de date importante referitoare la acest flagel social. Se tratează întâi problema în general, insistându-se apoi cu o serie de date asupra heredo-sifilisului la copii.

Lucrarea este scrisă cu scopul de a pune la dispoziție o serie de date în vederea combaterii acestei plăgi sociale. La sfârșit autorul dă și un plan de combatere a sifilisului.

Scarlatina în România (1879-1943) de Dr. Mihai Zavergiu-Teodoru. Imprimeria Penitenciarului „Văcărești”, București.

În această lucrare de 96 pagini autorul dă o serie de date foarte prețioase asupra scarlatinei la noi în țară, de când se găsesc astfel de date notate în acte oficiale sau în literatura medicală până în zilele noastre. Datele culese în această lucrare sunt valoroase pentru istoricul și evoluția scarlatinei la noi în țară, ele demonstrează în special gravitatea mare ce o aveau epidemiile de scarlatină la noi în trecut, pe când astăzi nu mai există această gravitate.

Centrul de Medicină preventivă în Casa Națională a Asigurărilor Sociale. De Dr. Mihai Zavergiu-Teodoru. Tip. Rom. Const. N. Ștefănescu, București, str. Cobălcescu 9.

În broșura de față, de 30 de pagini, autorul dă un plan despre un Centru de medicină preventivă în Casa Națională a Asigurărilor Sociale.

Drumuri noi în diagnosticul și terapia sifilisului (Neue Wege in der Diagnostik und Therapie der Lues) de A. Rottman. Editura Bruder Hollinek, Wiena 40, Steingasse 25.

În această lucrare de 126 pagini autorul se ocupă cu toate problemele și metodele moderne utilizate în diagnosticul sifilisului. Autorul expune și diagnosticul clinic al acestei boli în baza unei

experiențe personale vaste, dar tratează apoi cu toate amănuntele metodele de laborator aplicate în aceste împrejurări. Insistă în special asupra testului cutanat cu luetină întrebuințat în diagnosticul luesului. Lucrarea servește nu numai medicului specialist sifiligraf, dar poate fi de folos oricărui medic practician.

Probleme din medicina modernă (Ein Querschnitt durch die neueste Medizin). Apărute sub îngrijirea profesorului Dr. Curt Adam. Editura Gustav Fischer, Jena, 1940. În text 95 clișee.

În această carte de 306 pagini se tratează o serie de probleme de actualitate din medicină, ținute la academia cursurilor de perfecționare pentru medici din Berlin, dela data de 27 Nov. 1939 până la 2 Dec. 1939.

Iată titlul subiectelor discutate și numele autorilor:

Dr. Kurt Blome: Știința medicală și sănătatea.

Prof. Dr. G. v. Bergmann: Patologia și terapia funcțională.

Prof. Dr. H. v. Euler: Enzimele și ergonele în metabolism.

Prof. Dr. A. Scheunert: Progrese în domeniul vitaminelor.

Prof. Dr. A. Butenandt: Progrese în biochimia steroidelor, mai ales a hormonilor sexuali.

Prof. Dr. H. Reiter: Asupra infecțiunii.

Prof. Dr. W. Frey: Iperemia ca factor terapeutic în bolile cardio-vasculare.

Prof. Dr. G. Bessau: Probleme moderne în alimentația artificială a sugarului.

Prof. Dr. H. W. Knipping: Metabolismul bazal în clinica bolilor de nutriție și cardio-vasculare.

Prof. Dr. C. v. Eicken: Asupra cancerului laringean.

Prof. Dr. E. Aaser: Bacteriologia în clinică și terapie.

Prof. W. Stoeckel: Asupra ajutorului la naștere și asupra ginecologiei în filmul de studiu.

Prof. Dr. E. Fischer: Progrese din domeniul eredității.

Prof. Dr. Schüffner: Organizarea combaterii bolilor tropicale în Indiile olandeze.

Prof. Dr. W. Kikuth: Combaterea chimioterapeutică a bolilor tropicale.

Prof. Dr. F. Umber: Căi noi în combaterea diabetului.

Prof. Dr. E. v. Balogh: Asupra patologiei funcționale și terapiei experimentale a emboliei gazoase.

Prof. Dr. L. Aschoff: Medicii și Darwinismul.

Prof. Dr. F. Volhard: Progrese în domeniul bolilor renale.

Prof. Dr. F. Sauerbruch: Chirurgia organelor toracice.

Prof. Dr. M. Kirschner: Probleme de chirurgie osoasă (Drahtextension).

Prof. Dr. I. Holst: Tratamentul chirurgical al tuberculozei pulmonare.

Prof. Dr. H. Eppinger: Afecțiunile parenchimatose acute ale ficatului.

Prof. Dr. L. R. Grote: Noi probleme în terapie.

Problemele discutate la aceste cursuri de perfecționare, după cum se constată din program, sunt din toate specialitățile medicinei, astfel că ele sunt extrem de utile pentru toți medicii.

Revista revistelor

INTERNE

Tratamentul cu Pyrifer în astmul bronșial grav, de Prof. E. Grafe și Dr. B. Weterle (Münch. Med. Wschr. Nr. 6/1943)

Autorii au aplicat tratamentul cu Pyrifer în 39 cazuri de astm bronșial grav, în care celelalte tratamente n'au dat niciun rezultat. S'a obținut în majoritatea cazurilor o mărire și chiar o dispariție pe mai mult timp a acceselor. În unele cazuri accesele n'au mai apărut timp de 1—2 ani. Printr'o repetare a tratamentului s'au putut obține din nou rezultate favorabile.

Limfogramulomatoză și pancreatită acută hemoragică, de Robert F. Landolt (Klin. Woch. Nr. 2/1943).

Se descrie un caz de limfogramulomatoză la un băiat de 15 ani, care pe lângă mici zone limfogramulomatoase în splină și ganglionii paratracheali, prezintă o stare generală gravă, cu anemie, leucopnie și monocitară. Peste acest tablou clinic s'a adăugat o pancreatită acută hemoragică cu litiază pancreatică, în urma căreia bolnavul sucombă.

Autorul publică acest caz pentru raritatea lui, fără însă a putea stabili o legătură precisă între cele două boli.

*

INFECȚIOASE

Asupra diminuării rezorbției de apă în Sprue endemic, de v. Abicht și Kuhlmann (Klin. Woch. Nr. 20—21/1943).

Se studiază un caz de Sprue endemic, încercându-se să se stabilească pe cale radiologică proveniența cantității mari de lichid din intestin. Autorii arată că aceasta se datorește nu unei hipersecreții inflamatorii a mucoasei intestinale, ci unei stagnări a apei în intestin, datorită diminuării rezorbției. Din această cauză se produc pe de o parte diaree aproape abundente, iar pe de altă parte o deshidratare pronunțată a organismului.

Considerațiuni asupra unor încercări de tratament al febrei Wolhínice, de P. v. Meerendonk (Klin. Woch., Nr. 2/1943)

Bazându-se pe rezultatele bune obținute cu atobrină și plasmochină în tifosul exantematic, se încearcă acest tratament pe 60 cazuri de febră wolhínică. Bolnavii primesc timp de 7 zile câte 3 tablete à 0,3 atobrină și 2 tablete à 0,01 plasmochină zilnic. Febra scade la normal, fără a mai reveni după încetarea tratamentului. De asemenea și durerile încetează. În câteva cazuri însă, s'a observat, după suspendarea medicației, o nouă urcare a temperaturii.

Dr. Comes

Experiența cu tratamentul tifosului exantematic cu Atebrină și Calciu, de Van Meerendonk (Dtsch. Mil. Arzt, Nr. 9 1942; ref. după Med. Klin. Nr. 9/1943).

Van Meerendonk raportează despre experiențe cu tratamentul tifosului exantematic cu Atebrină și Calciu. Tabloul maladiv a devenit după terapia de Atebrin-Calciu cu totul altul. (Lipsa de calciu — urmarea scăderii conținutului de calciu — scăderea tensiunii arteriale.) Nu au mai apărut fenomene cerebrale mai grave. Autorul a constatat numai forme de neliniște striară mai ușoare și tremurături clătinate generale și hipoacuzia constatăată adesea până acum, a pierdut din importanță. Injecțiile de Calciu acționează vădit împreună cu Atebrina asupra evoluției exantemului, care regresează mult mai de vreme ca până aci, numai cu Atebrină. În primul rând autorul nu a mai constatat fenomenele grave de hemoragie. Mortalitatea este până acum nulă. Efectul

calciului constă, pe lângă mărirea conținutului de calciu, în primul rând în întărirea pereților vasculari și în stănenirea inflamațiilor.

El are indirect și un efect foarte puternic asupra tensiunii arteriale, și deci asupra circulației periferice. Medicamente cardiace și cu acțiune vasculară au fost întrebuințate mult mai puțin ca până acum. De asemenea s'au produs mult mai puține bronchopneumonii, care până acum stau pe primul plan al complicațiilor tifosului exantematic. Atebrina acționează asupra agentului maladiei, calciul asupra leziunilor organice produse.

Tratament: Pe lângă de trei ori pe zi câte 1 tabletă de Atebrină de 0,1 gr., zilnic cel puțin 10—20 cmc. soluție de calciu gluconat 20% sau clorură de calciu 10%. După gravitatea cazului, autorul administrează chiar până la 40 de cmc. O subdozare a calciului trebuie evitată în orice caz. Se încetează administrarea Atebrinei după 7 zile și după încetarea febrei sau chiar înaintea încetării acesteia. Calciul se administrează de preferință încă câteva zile după încetarea febrei.

*

GINECOLOGIE ȘI OBSTETRICĂ

Leucoreea vaginală, de L. Raposo, Coimbra: Amatus Lusitanus, 1942, vol. I, p. 691, (Portugalia).

Prin Yatren 105 și mai cu seamă Devegan, tratamentul vaginitei trichomomade s'a simplificat în mod remarcabil. Tehnica cea mai bună este aceea a lui Rodecourt: seara după o îmbăiere cu săpun moale și spălătură vaginală cu infuzie de mușetel, se introduc tabletele de Devegan până în fundul de sac al vaginului. În primele patru săptămâni se introduc câte 2 tablete. În cele 4 săptămâni următoare câte 1 tabletă. După Vignes, pentru constatarea microscopică a vindecării trebuiește așteptate 4 cicluri menstruale, fără tratament. În cazurile rezistente se fac spălături vaginale cu soluție de sublimat și după ce se usucă mucoasa (cu tifon etc.) se acoperă cu glicerină boricată (10%). Aceasta se face la două zile odată. În zilele libere se fac spălături cu soluție de borat cu sodiu 2%. După aceea urmează din nou un tratament cu Devegan timp de 1 lună etc., după care vindecarea este aproape sigură.

Dolantin în faceri, de P. Götzsche, Haslev: Ugeskr. f. Laeg. 1942, Nr. 53.

Gravide, cari au avut vărsături după morfină ar fi suportat bine Dolantin. Durata facerii era mai scurtă sub influența Dolantinului. G. a întrebuințat cam 2 cmc. parenteral fără ca aceasta să slăbească contracțiile uterine. În General G. poate confirma observațiile germane (ale lui Benthin).

*

DERMATO-VENERICE

Chemoterapia pemfigusului vulgar (Zur Chemotherapie des Pemphigus vulgaris) de Jarnecke, Dtsch. med. Wschr., 1943, Nr. 6, pag. 126.

Autorul descrie 12 cazuri de pemfigus vulgar și 2 cazuri de pemfigus foliaceu, care renitente la orice tratament, au cedat la cel cu Uliron. Autorul a administrat Ulironul sub forma de două atacuri de câte 6 zile, neîntrebuințând nici un tratament local. Astfel a obținut rezultate și în cazurile care nu cedaseră nici la Germanin. Recomandă în general administrarea în atacuri de 6—7 zile durată, în cazurile renitente făcând 6—10 astfel de atacuri la intervalele obișnuite. În Duhring a obținut rezultate după administrare de sulfathiazol (10 tablete zilnic, timp de 6 zile).

Punerea în evidență a treponemei palide în ulcerele mixte (Der Nachweis der Spirochaeta pallida im Mischgeschwuren) de Kemery—Goreczky. Dtsch. med. Wschr., 1942, II, p. 1171—72.

După ce subliniază importanța punerii în evidență a treponemei palide în diagnosticul precoce al sifilisului, autorii arată că această evidențiere este deosebit de dificilă în cazul că există infecțiuni secundare sau mixte cu șancru moale. Autorii administrează per oral sub forma de pastile Paraamidobenzosulfonamid și local praf din același preparat sulfonamidic. Șancrul moale se vindecă și în cazul că ulcerul este mixt, după vindecarea șancrului moale, ulcerarea ia aspectul tipic sifilitic. Autorii au dovedit astfel că sulfonamidele nu exercită nici o acțiune nocivă asupra treponemilor și ei recomandă acest tratament în toate cazurile de șancru mixte. Această noutate este extrem de interesantă, foarte utilă venerologului, dar așteptăm ca cercetările să fie confirmate și de alții și pe un număr mai mare de cazuri.

Acțiunea desintoxicantă a vitaminei C în tratamentul arsenical. (The detoxifying action of vitamin C [ascorbic acid] in arsenical therapy) de Bundesen—Aron. Jour. amer. Assoc. 117, 1692—1695 (1941).

Neoarsphenamina la acțiunea aerului dă produși de oxidare de culoare brună neagră. Acest produs de oxidare poate fi împiedecat 48 ore, dacă se adaugă în proporție de 1 : 3 acid ascorbic. Administrarea în doze mari și intravenos a vitaminei C împiedecă apariția tuturor fenomenelor care ar putea surveni datorită oxidării acestui preparat și care sunt extrem de toxice pentru organism.

Tratamentul fluorului vaginal cu Dextrovagin (Zur Behandlung des vaginalen Fluors mit Dextrovagin) de Dr. E. Lutzke. Ther. Gegenw., Anul 84, Caetul 2, Febr. 1943.

Examinarea secreției vaginale sau cervicale este prima condiție a oricărui tratament de acest fel. Catarul cervical, blenoragia și colpita trichomonadelor, toate acestea necesită tratamente speciale. În vederea unui tratament eficace, autorul crede necesare: schimbarea florei, refacerea acidității normale a secreției vaginale și augmentarea conținutului în glicogen a pereților vaginali. În acest scop el aplică preparatul *Dextrovagin*. Acțiunea acestui preparat este adstringentă, producându-se acid lactic, hidrații de carbon pătrunzând prin osmoză și difuziune în celulele epiteliale. Se introduce seară o tabletă în vagin, dimineața se face o spălare cu acid lactic în concentrație de jumătate la sută (1/200). Durata tratamentului variază între 2—4 săptămâni.

Aplicarea și tehnica pansamentelor cu sânge propriu în cazurile rezistente la tratament de ulcere crurale (Anwendung und Technik des Eigenblutverbandes bei therapieresistenten. Ulcera cruris) de Dr. H. Kreyses. Z. ärztl. Fortbild., An. 39, Nr. 16, pag. 360—362, 1942.

Ulcerul crural cronic pe teren varicos poate fi influențat numai printr'o terapie consecventă. Primele măsuri de luat sunt repausul la pat și punerea membrului într'o poziție ridicată. Per-

soanele mai bătrâne, pentru a preveni pneumonii hipostatice, se așează în scaune cu răzătoare și cu picioarele ridicate. Pentru excitarea circulației periferice s'a adevărit Progynonul, care se dă de 3 ori pe săptămână în doze de 10.000 U, intramuscular, timp de 3 săptămâni. În cazurile grave se dă de 2 ori pe săptămână 50.000 U. Este de asemenea eficace tratamentul cu Priscol, de 3 ori 1—2 tablete pe zi, sau de 3 ori pe săptămână 2 cc. intramuscular. Tratamentul local constă în excizia marginilor scleroase, comprese umede cu sol. a. boric 3% Burow sau rivanol 1/100, hipermang. de K. 1 : 10.000, ceai de mușețel. Granulațiunile prea mari se cauterizează cu creionul de nitrat de argint. Iradierea cu cuarz excită procesul de granulare. Dacă pe lângă aceste tratamente nu se obține nici un rezultat, se vor aplica pansamentele cu sânge propriu. Suprafața ulcerului trebuie să fie curățită, iar pe pielea din jur se va unge pastă zincată. Se recoltează din venă o cant. de 10—20 cc., se aplică pe un tifon care se așează pe ulcer și se acoperă cu Bilroth-batist. Peste acesta se face un pansament compresiv, care este lăsat timp de 3—4 zile, după care se îndepărtează ușor compresa și se continuă tratamentul cu antiseptice și adstringente. Procedul poate fi repetat după câteva zile. Cu și mai mare efect sunt compresele cu sânge iradiat. Sângele este defibrinat prin agitare timp de 10 minute, turnat într'o cutie Petri și expus 30 minute la soare, după care se face pansamentul.

Despre colorarea experimentală a pielii cu argint și aur (Über experimentelle Silber- und Goldfärbung der Haut) de G. Urban. Arch. f. exp. Path., vol. 199, 4, 1942.

Autorul constată că în timp ce lumina diminuează procesul de colorare al pielii în cazul argintului, în cazul aurului chiar lumina produce această colorare. Față de metalele nobile cel mai intens acționează razele scurte ultraviolete, urmează cele lungi și numai la urmă razele luminoase. Colorarea se produce printr'un proces de reducere. Metalul se depozitează în forma sa cea mai fină. La separarea sedimentului ia parte toată pielea, epidermul cu anexele sale, dermul, țesutul celular subcutanat și uneori și mai profund. Autorul crede că aceste sedimente sunt punctul de plecare al intoxicațiilor de mai târziu.

Precipitatul alb de mercur contra ftiriilor (Weisse Präzipitatsalbe gegen Filzläuse) de Dr. Lutz. Schweiz. med. Wschr. 1942 : 574.

Autorul recomandă în ftiriază unguent. hydr. praecip. alb, ca fiind la fel de eficace ca ungu. cinereu și prezentând avantajul de a nu murdări și de a fi mai bine tolerat. Pentru a preveni o eventuală dermatită la un idiosincrazic, autorul unge cu această alife o mică regiune de pe antebraț și dacă după 24 ore pielea nu prezintă nimic, aceasta înseamnă că individul suportă mercurul. Pentru un tratament este necesară cantitatea de 100 gr. Pacientul se va unge 3 seri consecutive pe toate regiunile păroase — exceptând capul, — iar în ziua a 4-a va face baie de curățenie. Tunsul părului nu este necesar.

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Din partea Casei C. F. Boehringer & Soehne, redacția a primit următoarea notă spre publicare:

Referitor la „Accidentele strofantinoterapiei și cauzele lor” de Dr. A. Moga și Dr. C. Meștanu. Ardealul Medical, Anul 3, Nr. 10, Octombrie 1943.

În calitate de fabricanți ai strofantinei-k (Kombetin) am citit cu cel mai mare interes lucrarea D-lor D-r A. Moga și C. Meștanu. Autorii discută cauzele celor 7 accidente și pun întrebarea dacă nu cumva calitatea preparatului s'a schimbat.

În ceea ce privește produsul nostru „Kombetin”, declarăm că strofantina-k, preparată de noi și pusă în comerț sub denumirea de „Kombetin” a rămas din 1906 (inaugurarea terapiei cu strofantină), totdeauna aceeași, fapt dovedit nu numai prin controlul chimic ci și prin cel farmacologic. În ce privește cauzele care au dat naștere accidentelor citate de autori, nu avem căderea să ne pronunțăm noi.

Decrete — Deciziuni

În Mon. Of. Nr. 273 din 22 Noiembrie 1943, s'a publicat vacant pentru regiunea Sibiu, postul de medic primar de boli mintale și nervoase la spitalul Târnăveni, jud. Târnava-Mică.

În Mon. Oficial Nr. 274 din 23 Noiembrie 1943, s'a publicat din nou în întregime, Legea de organizare a învățământului superior.

În Mon. Of. Nr. 278 din 27 Noiembrie 1943, s'a publicat legea privitoare la prelungirea termenului pentru depunerea declarațiilor și memoriilor de către gestionarii din teritoriile evacuate în 1940.

Prin Decretul publicat în Mon. Of. Nr. 279 din 29 Noiembrie 1943, s'au acordat concesiile de farmacii, farmaciștilor reușiți la concurs.

În același Monitor s'a publicat înființarea Sanatoriului de tuberculoză din Câmpeni, jud. Cluj-Turda, pe 15 Noiembrie 1943.

Idem, D-l Dr. N. Vătămanu, consilier tehnic pentru combaterea boalelor venerice, se însărcinează să investească medicii oficiali și personalul sanitar cu dreptul de a constata și urmări infracțiunile la legea și regulamentul pentru combaterea boalelor venerice.

Pe data de 1 Ianuarie 1944, intră în vigoare noua ediție a farmacopeei române sub denumirea de „Farmacopeea Română”, ediția V-a.

În Mon. Of. Nr. 283 din 3 Decembrie 1943, s'au publicat normele de funcționare a secției denumite „Atelierul de proteze” pe lângă spitalele de ortopedie.

În Mon. Of. Nr. 284 din 4 Decembrie 1943, s'a publicat Regulamentul pentru ocuparea posturilor de intern de spital.

În același Monitor s'a publicat decizia de înființarea Centrului de ocrotirea copiilor Sibiu, pe 1 Octombrie 1943.

În Mon. Of. Nr. 289 din 10 Decembrie 1943, s'au publicat tablourile medicilor și farmaciștilor cărora s'a acordat gradații pe 1 Aprilie 1943, și celor cu drept la gradații la 1 Aprilie 1944.

În Mon. Of. Nr. 293 din 15 Decembrie 1943, s'a publicat tabloul medicilor specialiști în igienă.

În Mon. Oficial Nr. 275 din 24 Noiembrie și Nr. 290 din 11 Decembrie 1943, s'au publicat vacante posturile de medici igienici de plasă și medici de circumscripție.

D-l Dr. Rîscuța Sabiu, medic definitiv al circumscripției Bala de Criș se încadrează ca medic al circ. și spitalului mixt Bala de Criș.

D-na Dr. Costina Sirona Dragoș, se încadrează de 1 Aprilie 1943, medic al circ. Birtin jud. Hunedoara.

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Gheorghe 15, București III



Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 1500. Pentru autorități 2500 Lei. Costul unui număr este 200 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 2000 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Chimioterapie antibacteriană

PNEUMOCOCCI
MENINGOCOCCI
GONOCOCCI
STREPTOCOCCI
STAFILOCOCCI



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ

α (Pamino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult
în primele zile:

3 grame, și mai mult în cazurile grave,
și anume în doze fracționale de câte
o jumătate de comprimat.

ODETTE
ZEAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC F^{res} & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8^e

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hăngănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teșosu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45



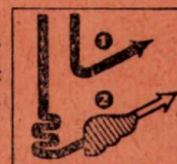
Cu privire la terapia hormonală cu substanțe proprii organismului

În afară de acțiunea Progynon-ului în turburările climacterice și ale menstruației, Progynon-ul realizează, ca hormon folicular propriu organismului, o creștere a bunei stări generale și înviorează efectiv a dispoziției generale.

Rezorbția perlinguală

a Progynon-ului în picături atunci când se ia atât cât e indicat (de 4 ori pe zi câte 5-10 picături-nediluate) se săvârșește atât de bine, că se obține un efect sigur, chiar și cu doze hormonale relativ mici.

În aplicarea perlinguală, hormonul intră în sânge pe cale directă (1) fără să fie inactivat în parte în ficat, după cum se întâmplă în rezorbția gastro-intestinală (2).



AMBALAJE:

Picături de Progynon
2 mg în 20 cc.

Picături de Progynon forte
15 mg în 20 cc.

SCHERING A.G. BERLIN

Coderș, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. -

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN P E R I N

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
”	0,10/2	—	” ” 5 ”
”	0,50/5	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

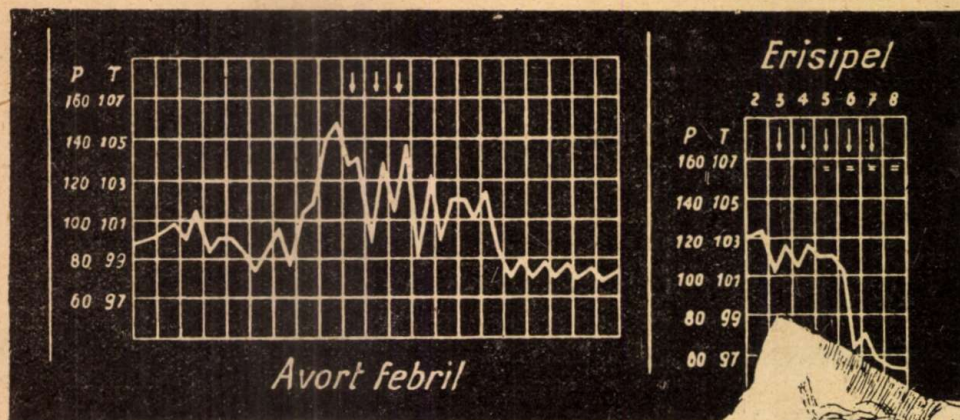
Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
”	0,005/1	—	” ” 6 ”
”	0,025/1	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	” ” 6 ”	1 ”
”	50.000 .U. I.	” ” 3 ”	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
 SPLAIUL UNIRII 27
 TELEFON: 4-22-44



Prontosil

În toate **Infecțiunile streptococice**. Activ
și în infecțiuni stafilococice și colibacilare.

Important, în erisipel, angină, septicemie
post partum, avort septic, artrite infecțioase,
cistite și pielite.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei
Asigurărilor Sociale în România

»Bayer«



LEVERKUSEN

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

Buzoianu G., Russu I. G. și Iubu M.: Despre conduita operatorie în fibromele naso-faringeene	Pag. 49
Dr. I. Ardelean și Dr. Alimăneșțianu-Adam: Cercetări asupra cultivării bacililor tifici din probe de sânge coagulat. — Valoarea diagnostică în febra tifoidă	" 53
Dr. Nicolae Belu și Dr. Haralamb] Columb: Considerațiuni asupra unui caz de ruptură spontană a fundului uterin în timpul facerii	" 57
Dr. Th. Stoenescu și E. Mateș: Contribuțiuni la determinarea tipului constituțional la bolnavii mintali	" 60
O. Fodor: Puncția ficatului în diagnosticul cancerului hepatic	" 65
Dr. Liviu Comes, Int. Valeria Ionescu-Comes și Ext. Mihaela Papilian: Tratatamentul abcesului perirenal cu sulfamide	" 68
Dr. Ioanoviciu Gh., Dr. Faur Gh. și Dr. Ciurdariu P.: Considerațiuni asupra aortitei vârstei tinere în legătură cu două observațiuni clinice	" 70
Zeno Șt. Borza și Dr. Crișan I. Mircioiu: Osteotomia subtrochanteriană și indicațiunea ei în pseudo-artroza colului femural	" 72

Probleme de puericultură:

Dr. Eugen Nuțiu: Rezultatul unui an de activitate la un centru rural de puericultură. Metode de lucru	" 75
---	------

Asistență socială:

Dr. I. Stoia: Din activitatea de ocrotire și asistență a Consiliului de Patronaj local din comuna Codlea	" 79
--	------

Societăți medicale

Ședința de deschidere a „Reuniunii Anatomice” dela Cluj

Revista cărților:

Tratat de medicină socială, Volumul II. — Maternitatea. — Prima vârstă. — Medicina școlară, de Prof Dr. G. Banu. — Chirurgie de războiu, de Dr. Dan Berceanu. — Exantematicul, de Dr. Gr. Iamandi și Dr. C. Gheorghiu. — Paludismul. — Contribuțiuni la studiul acțiunii fiziologice a veninului de viperă cu corn, de Grădinescu Ar. și Eugen Pora.

Revista revistelor

Note și informațiuni:

Note, — Deciziuni, — Concurs, — Necrolog.



NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Despre conduita operatorie în fibromele naso-faringeene

(cu un caz clinic)

de

Buzoianu G., Russu I. G. și Iubu M.

Observațiune. Copilul Györfy Ludovic în vârstă de 12 ani ne este trimis de la Brașov la clinică pentru a fi consultat și tratat. El suferă de respirație grea nasală, de o vorbire a cărei tonalitate are un timbru nasal accentuat și de hemoragii nasale cari în ultimul timp au luat o formă alarmantă.

Examenul rinoscopic arată următoarele date :

La rinoscopie anterioară, fosa nasală dreaptă este liberă, însă expirația bruscă prin intermediul ei se execută cu o dificultate evidentă. Fosa nasală stângă se constată a fi blocată de prezența unei tumori care vine până în porțiunea ei mijlocie. Tumora dă impresia că mulează perfect toate anfractuozitățile fosei nasale, ca și cum ar fi fost presată în această cavitate. Expirația sau inspirația pe această fosă nasală este imposibilă. Dacă se atinge tumora cu vârful unui stilet, chiar numai ușor, o sângerare de proporții neașteptate își face apariția.

La rinoscopie posterioară, se constată rino-faringele umplut cu o masă tumorală neregulată care deprima chiar, în parte, vâlul palatului moale. La tactul cu degetul se simte imediat consistența dură a tumorii și se constată facilitatea, cu care apare hemoragia imediat ce tindem să delimităm limitele ecestei tumori.

Radiografia sinusurilor arată că acestea sunt intacte, neinvadate. Diagnosticul clinic este acela de fibrom naso-faringean extins în rino-faringe și în fosa nasală stângă.

Copilul este internat în clinică pentru a fi operat. Timpul de sângerare și coagulabilitate sanghină sunt normale. Totuși starea sanghină este în prealabil preparată prin injectarea a mai multor fiole cu manetol.

Tratamentul efectuat. Tratamentul efectuat a fost tratamentul operator, singurul tratament curativ. Dată fiind situația, forma și extensiunea tumorii, singura cale rațională care se impunea pentru extragerea acestui fibrom naso-faringean, era calea rino-faringeană. În consecință am căutat să extragem tumora pe această cale, așezând bolnavul în poziția lui Rose, cu ajutorul unor pense rino-faringeene puternice. Trebuie să adăugăm că extragerea totală a tumorii a reușit a fi efectuată în a patra ședință operatorie, după ce în celelalte ședințe s'au extras porțiuni fragmentare din tumoră și s'a dislocat în parte inserțiunea ei.

În prima ședință operatorie am extras fragmente minime din cauza derapărilor excesive produse de o anumită duritate asemănătoare cauciucului vulcanizat pe care le au acest gen de tumori. Hemoragia fiind abundentă și în val, ne-am oprit. Tentativa a doua a fost efectuată la un interval de opt zile. De astă dată am scos două fragmente de mărimea a două jumătăți de prună, ambele. Hemoragia a fost considerabilă și în val. Am fost obligați să intrerupem intervențiunea. Sângele s'a oprit de altfel repede, însă a umplut aproape un sfert din tăvițele reniforme obișnuite în spital. Inspecția fosei nasale a arătat că tumora a fost dislocată din sediul ei anterior. Prolungirea nasală deși vizibilă la același nivel, nu mai dădea impresia unei tumori care se mulează perfect pe pereții fosei nasale. Ea arăta că are o oarecare delimitare, între ea și pereții fosei nasale constatându-se un oarecare interstițiu care se pierdea în profunzime spre coane. În rino-faringe situația tumorii era aproximativ aceeași, cu toate fragmentele extirpate, deoarece masa tumorală fusese în parte mobilizată din poziția ei inițială.

A treia intervenție s'a făcut la un interval de trei săptămâni de la a doua, pentru a da timp bolnavului să-și refacă sângele pierdut. Nu s'a putut scoate decât un fragment și mai mic decât în ședința doua. Hemoragia fiind din nou importantă, ca un adevărat val, ne-am oprit. A patra ședință s'a făcut la interval de zece zile de la a treia încercare. În prealabil numerotarea globulelor roșii arăta 4.010.000 hematii pe mm cub. În această ședință, în a doua repriză a așezării pensei reușim să extragem tumora în întregime, împreună cu prolongirea sa nasală stângă. Hemoragia a fost mare. A trebuit să tamponăm imediat rino-faringele cu două tamponuri de comprese introduse cu degetul în rino-faringe. Dislocarea s'a făcut cu oarecare dificultate din cauza aderențelor probabil periostice ale tumorii care a dat loc la aprecierea unor crepitații speciale în timpul extragerii. Fiind vorba de un copil ședințele operatorii au fost făcute sub un rausch superficial cu chelen, în așa fel încât la primul val hemoragic, copilul să se poată ridica în șezut și să poată elimina sângele produs de extracțiune. N'a fost vorba de o narcoză, ci mai mult de o amețeală generală, deoarece nici musculatura nu s'a urmărit a fi fost relaxată.

Tamponamentul rino-faringean a fost extras la trei ore după intervenție cu ajutorul pensei recurbate rino-faringeene. După intervenție pulsul este bine bătut 90 pe minut. Se dă profilactic pentru două zile sulfamidă-piridină în tablete.

Examenul histologic. Examenul histologic a fost efectuat în Institutul de Anatomie Patologică (profesor T. Vasiliu) și s'au notat următoarele caractere ale tumorii: „în secțiunile din piesa trimisă se vede în submucoasa de înveliș o hiperplazie de țesut conjunctiv dens cu dispoziție fasciculară, în care se găsesc numeroase vase de calibru precapilar. La suprafață se vede un proces inflamator cronic nespecific. Nu sunt caractere de malignitate. Este un fibro-angiom benign.”

Comentarii asupra cazului. Primele prehențiuni ale tumorii și cele trei ședințe operatorii anterioare au extras fragmente din tumoră și au dislocat masa principală a fibromului din situația lui fixă înțială. Această dislocare a înlesnit extragerea definitivă realizată abia în a patra ședință operatorie. În fața tumorilor rino-faringeene rebele la extracție pe cale rino-faringeană cu ajutorul penselor puternice special construite pentru aceste fibrome, trebuie să știm a ne opri la timp în cazul hemoragiilor abundente. Orice persistență în obstinarea de a scoate tumora într-o singură ședință operatorie poate fi mortală pentru bolnav. De altfel hemoragia este totdeauna atât de mare și importantă, încât ea însăși ne obligă prin prezența ei a ne opri la timpul oportun. Tentativele ulterioare reușesc în cele din urmă ajutate de dislocările realizate prin prehențiunile făcute mai înainte să elimine în bloc tumora. Toată problema se pune în a nu ne obțina să extragem neoplazia fibroasă într-o singură ședință sau în două ședințe. Vom lăsa intervalul necesar de timp pentru refacerea bolnavului, însă vom urmări tumora cu tenacitate pentru a o elimina definitiv. Ceea ce face interesul cazului este nu numai insistența pe care o facem asupra acestei conduite operatorii, pe care o credem judicioasă și prudentă. Interesul cazului stă și în vârsta fragedă a copilului care a prezentat această tumoră. Oblșnuit fibromul naso-faringean îl întâlnim la adolescenți până pe la vârsta de 23 ani. Faptul că l-am găsit și la etatea de doisprezece ani înseamnă că fibromul naso-faringean nu menajează chiar o etate mai mică decât este înregistrată și cunoscută în mod clasic. Un caz asemănător am înregistrat și operat în Cluj în 1937. Acel caz provenea din Sibiu. Era vorba de un ucenic de 15 ani. Fibromul naso-faringean a fost extras atunci în trei ședințe operatorii fiecare la un interval de două-trei săptămâni una de alta. S'a procedat atunci identic cazului de față pe care l-am redat în rândurile de mai sus. *Philippe*¹⁾ declară că l-a întâlnit la o fetiță de numai patru ani. În rezumat putem spune următoarele relativ la acest caz:

¹⁾ *Philippe*: Sur les fibromes naso-pharyngiens. *Annales d'oto-laryngologie*, juin 1935.

fibromul naso-faringean poate fi întâlnit la o etate mai mică decât este în mod clasic cunoscută;

când abordarea lui, poate fi efectuată pe cale rino-faringeană, ședințele operatorii de extracțiune cu ajutorul penselor rino-faringeene vor fi succesive, extrăgând în fiecare atât cât e posibil. Ne vom opri la timp ori de câte ori extracția provoacă hemoragii mari, lăsând restul ablațel pentru alte ședințe operatorii. Între fiecare ședință operatorie va fi un interval de timp suficient pentru refacerea hematologică a bolnavului. Calea rino-faringeană cu ajutorul penselor recurbate de prehenșiune a tumorii convine numai fibromelor naso-faringeene care n'au invadat încă sinusurile.

* * *

Acestea sunt reflecțiile pe care le putem face asupra cazului nostru de mai sus. Nu este fără interes să arătăm că sunt indicațiile operatorii în diferite forme de fibrom naso-faringean, în raport cu extensivitatea prelungirilor sale. Sigur, nu orice fibrom naso-faringean poate fi extras pe cale rino-faringeană. Sunt anumite forme anatomice pentru care este absolut necesar să executăm o operație tip *Rouge-Denker*. Iată împreună cu *Lemaître*¹⁾ care credem că este conduita indicațiilor operatorii: fibromul naso-faringean este coanal prin implantația sa, faringean prin masa sa posterioară, nasal ori sinuso-nasal prin prelungirile sale. Ca să-l putem scoate oricum ar fi el dezvoltat, puțin ori mult, trebuie să-l prindem solid. Dacă-l prindem bine între brațele penselor de extracțiune și mai ales dacă-l prindem cât mai aproape de inserția sa, îl putem desinclava și extrage. Dacă-l prindem superficial, riscăm să-l fragmentăm, extrăgând porțiuni minime. De aceea calea de prehenșiune a tumorii este în raport cu dezvoltarea fibromului. Putem întâlni următoarele categorii de fibrome:

a) fibrom naso-faringean bine dezvoltat în rino-faringe și nedezvoltat în fosele nasale sau prea puțin dezvoltat anterior;

b) fibrom naso-faringean a cărui dezvoltare este mediocră în rino-faringe și în fosele nasale;

c) fibrom naso-faringean coanal și nasal;

d) fibrom naso-faringean coanal și sinuso-nasal ori coanal și zigomatic;

a) *Fibrom naso-faringean bine dezvoltat în rino-faringe și nedezvoltat în fosele nasale sau prea puțin dezvoltat anterior.*

În acest caz fibromul poate fi bine prins cu pensa rino-faringeană pentru fibrome de acest gen. Extracția are loc într-o singură ședință și într'un singur gest operator, dacă am avut grija să însușim brațele penselor astfel încât să prindem tumora cât mai aproape de baza sa de inserție coanală. O smulgem în acest caz dintr-o

¹⁾ *Lemaître*: Sur un cas de fibrome naso-pharyngien. *Annales d'oto-laryngologie*, page 680, 1935.

singură mișcare în totalitate. Dacă însă prehenșiunea a fost defectuoasă, prea superficială ori prea puțin tenace, astfel încât pensa alunecă derapând, se produce hemoragie și bolnavul nu mai poate fi debarasat de tumora sa în aceeași ședință. Hemoragia ne obligă să amânăm intervenția peste câteva zile sau peste una, două săptămâni. În orice caz atunci când fibromul proemine bine în rino-faringe, prinderea lui se face în general în bune condițiuni și șansele ablației sale într-o singură ședință sunt mari. *În circumstanța în care el este bine dezvoltat în rino-faringe, intervenția se va face în totdeauna pe cale buco-faringeană, în poziția Rose cu ajutorul penselor solide rino-faringeene pentru fibromele de acest gen.*

b) *Fibrom naso-faringean a cărui dezvoltare este mediocră în fosele nasale și în rino-faringe.*

În această situație fibromul nu este văzut la buco-faringoscopia simplă, el nu proemine în mezo-faringe, nici nu deformează regiunea vâului palatin, nici nu este dezvoltat cum trebuie în cavum. S'a preconizat în acest caz secțiunea vâului palatin pe linia mediană și prinderea fibromului cu pensa ca în circumstanța precedentă. Cu toate acestea despicătura vâului nu este o operațiune fără niciun inconvenient, iar Buneau¹⁾ recunoaște că punctele de sutură se pot desface pentru a necesita ulterior o stafiloplastie. Pe de altă parte din cauza hemoragiei nici nu se poate sutura imediat vâul. Noi suntem de părere că și în aceste împrejurări operațiunea trebuie făcută ca în primul caz: poziția Rose, îndepărtarea cu indexul stâng a vâului, prehenșiunea tumorii și ablația ei. Această a doua situație este tocmai cazul nostru pe care l-am descris la început. E posibil ca prinderea către bază a tumorii să nu se facă în bune condițiuni, pensa să derapeze. Vom amâna ablația pentru o ședință ulterioară. În câteva ședințe vom reuși o bună prehenșiune și extragerea totală a fibromului. Este recomandabil în aceste cazuri să se aplice bolnavului o anestezie superficială cu chelen în așa fel încât el să fie insensibil la manoperele noastre de prehenșiune ale tumorii, însă să poată imediat să expectoreze sângele care poate veni în val după ce am scos tumora sau imediat ce am scos numai o porțiune din tumoră. Este singura anestezie care convine cel mai bine acestui gen de intervenție. Din expunerea cazului nostru se vede că noi am procedat în acest mod și că în două observațiuni clinice am reușit să extragem fibromul în mai multe ședințe. De aceea în această a doua situație noi recomandăm să se procedeze ca și în prima situație. După una ori două ședințe infructuoase, care totuși ajută la o oarecare dislocare a masei fibromatoase, reușim să extragem tumora fără să fie nevoie de o despicătură operatorie a vâului.

1) Buneau: Sur un cas de fibrome naso-pharyngien. *Annales d'oto-laryngologie*, page 681, 1935.

c) *Fibrom naso-faringean coanal și nasal.*

În varietatea aceasta fibromul este bine dezvoltat în fosele nasale însă limitat în partea superioară la orificiul coanal pe care nu-l depășește decât foarte puțin. Nu găsim în rino-faringe o tumoră propriu zisă care să poată fi prinsă cu o pensă retro-nasală. Dezvoltarea faringeană este abia apreciable, pe când creșterea tumorii spre partea anterioară a culoarului nasal este importantă. În aceste cazuri fibromul nu poate fi scos decât printr-o intervenție anterioară. Vechea operațiune era în aceste împrejurări rinotomia laterală. Astăzi se poate practica mai avantajos operațiunea tip Rouge-Denker lărgită. Operațiunea Denker lărgită executată pe cale vestibulo-bucală are avantajul că nu lasă o cicatrice facială vizibilă. Lumina operatorie este în general aceeași ca și într-o rinotomie.

d) *Fibrom naso-faringean coanal și sinuso-nasal sau coanal și zigomatic.*

Sunt fibrome naso-faringeene puțin dezvoltate în rino-faringe însă bine dezvoltate în fosele nasale cu prelungiri în sinusurile feței, etmoid, maxilar sau spre fosa zigomatică. În varietatea aceasta e posibil chiar ca dezvoltarea rino-faringeană să fie destul de apreciable însă prelungirile anterioare sinusale ori zigomatice sunt atât de solide și masive, încât nicio tentativă nu poate fi pusă în practică pentru a smulge fibromul pe cale faringeană. Ori care ar fi în definitiv dezvoltarea anterioară a fibromului, când această dezvoltare anterioară este importantă și mai ales când prelungirile tumorii au pătruns deja în sinusuri, singura intervenție posibilă nu este decât operațiunea: Rouge-Denker sau Denker lărgită. Altă dată se practica rinotomia latero-nasală care poate fi executată și astăzi însă defectul ei este că având inciziunea exterioară, lasă o cicatrice facială vizibilă. Operațiunea vestibulo-bucală tip Denker lărgită este preferabilă, deoarece accesul sinusului și coanal este același ca și în rinotomia laterală, în schimb lasă o cicatrice ascunsă deci invizibilă. Dacă pătrunderea anterioară este numai sinusală, fibromul este îmbucătățit și scos imediat ce se trepanează sinusul; dacă pătrunderea tumorală se află în fosa pterigo-maxilară spre regiunea zigomatică. După deschiderea sinusului maxilar, se distruge peretele posterior al acestui sinus pentru a pătrunde în spațiul pterigo-maxilar.

* * *

Operațiunile pentru fibrome naso-faringeene sunt totdeauna emoționante, fie că pot fi executate pe cale naturală rino-faringeană, fie că sunt executate pe cale anterioară operatorie. În fibromele cu prelungiri anterioare importante, ligatura carotidului externe într'un prim timp este recomandabilă (Moulouguet), lăsându-se intervenția propriu zisă pentru o dată ulterioară. Este riscant în general ca un operator puțin experimentat să abor-

deze singur acest gen de intervenție. Chiar numai pe cale rino-faringeană, când fibromul oferă șansele ablației prin această regiune, intervenția este emoționantă și hemoragică, așa cum de altfel reiese chiar din protocolul operator al cazului nostru clinic descris mai sus. De aceea Halphen cerea altădată ca intervenția să nu se facă niciodată pe cale naturală rino-faringeană, pentru ca medicul practician laringolog să nu fie tentat să facă această operație și să se expună astfel la dezastre. Căci pe cale operatorie anterioară intervenția în realitate nu o poate face decât un operator exersat și deci suficient de obișnuit cu o hemoragie eventuală care s'ar cere stăpânită.

În realitate, așa cum am expus observația clinică și cum am căutat să clasificăm orientarea terapeutică în fibromele naso-faringeene, reiese clar că intervenția pe cale naturală faringeană poate fi practică cu folos în diferite împrejurări pe care le-am menționat.

Este foarte important să acordăm atenție îngrijirilor post-operatorii, mai ales atunci când a fost vorba de o operație laborioasă. În primul rând ne vom gândi la necesitatea transfuziilor. Philippe a pierdut un copil de 14 ani din această cauză, deși fibromul fusese scos printr-o rînotomie latero-nasală. În fine nu se va uita că în cursul operațiilor pe cale anterioară trebuie să fim pregătiți și pentru o eventuală traheotomie, deoarece surprizele pot fi grave. O chestiune iarăși importantă este aceea a anesteziilor. Iată cum credem că putem rezolva problema. Pentru intervențiile pe cale naturală chelentizarea superficială este suficientă pentru a asigura o bună prindere a tumorii și a da voie în același timp ca imediat bolnavul să poată expectora sângele care curge. Două ajutoare ridică imediat bolnavul în poziție șezândă, după tamponarea rino-faringelui și-l ajută să elimine din cavitatea buco-faringeană sângele aflat acolo. Pentru operațiunile anterioare tip Denker lărgite nu vedem o soluție mai bună decât anestezia loco-regională, ca pentru trepanările sinusului maxilar. Pentru copil trebuie să adăugăm o bună fixare a lor pe masa de operație. Celelalte modalități de anestezie credem că sunt periculoase. Operațiunile pentru fibrome naso-faringeene bine dezvoltate sau abia dezvoltate rămân intervenții serioase și pline de necunoscute grave. Ele nu pot fi practicate decât în clinică sau în spitale bine utilitate de către operatorii cu suficientă experiență chirurgicală.

RESUMÉ

Sur la conduite opératoire dans les fibromes naso-pharyngiens

(avec un cas clinique)

Nous avons rencontré chez un enfant de 12 ans un fibrome naso-pharyngien authentique contrôlé par l'examen

histologique, confirmé par le passé hémorragique du malade et l'abondance des hémorragies opératoires.

L'extraction de ce fibrome a nécessité quatre séances opératoires espacées de huit à vingt jours, pour la reconstruction hématique de l'enfant. Dans les trois premières séances on n'a pu extraire que de petits fragments de la tumeur, étant donné l'abondance des hémorragies. Dans une quatrième séance, le fibrome a été enlevé en totalité.

Tout le traitement a duré presque deux mois. Les auteurs recommandent la préhension et l'extirpation du fibrome naso-pharyngien à l'aide des pinces fortes recourbées, par voie rhino-pharyngée, quand la tumeur est suffisamment développée dans le cavum pour donner prise par cette voie. En cas d'hémorragie, on remettra l'ablation des restes de la tumeur pour des séances ultérieures. Il est prudent et utile de savoir s'arrêter à temps, si l'hémorragie est abondante. L'extirpation des tumeurs fibreuses naso-pharyngiennes en séances successives est rationnelle et prudente à la fois, mais ne peut convenir qu'aux fibromes naso-pharyngiens qui n'ont pas encore envahi les sinus faciaux.

Les auteurs décrivent ensuite l'orientation opératoire pour tous les fibromes naso-pharyngiens.

ZUSAMMENFASSUNG

Über das operatorische Benehmen in naso-pharyngealen Fibromen

(mit einem klinischen Fall)

Bei einem zwölfjährigen Kinde begegnete man einem authentischen naso-pharyngealen Fibrom, kontrolliert durch seine hämorrhagische Vergangenheit, durch histologisches Examen und durch die Reichlichkeit operatorischer Hämmorrhagien.

Zu seiner Entfernung waren vier Operationssitzungen nötig, mit einer Zwischenzeit von acht bis zwölf Tagen, damit das Kind sich hämatisch wieder kräftigen kann. Bei jeder der drei vorausgehenden Sitzungen wurden kleine Stücke herausgerissen, weil die Ablation eine sehr blutende war. Erst bei der vierten Operationssitzung wurde der Tumor in seinem Ganzen herausgeholt. Beinahe zwei Monate dauerte die ganze Behandlung. Die Autoren empfehlen das Anpacken und Herausreißen des naso-pharyngealen Fibroms durch den rhino-pharyngealen Weg mit Hilfe fester umgebogener Zangen, wenn die Entwicklung des Tumors in der Höhle genügend ist um auf diesem Wege angepackt werden zu können. Im Falle grossen Blutverlustes wird die restliche Operation vertagt, da es vorsichtig und nötig ist, rechtzeitig aufzuhören. Die fortlaufenden Sitzungen des Anpackens bilden eine vernünftige Art des Entfernens der fibrösen rhino-pharyngealen Tumoren sind zugleich auch vorsichtig und werden nur dann angewandt, wenn obgenannte Fibrome die Gesichtsnebenhöhlen noch nicht invadiert haben.

Ferner wird von den Autoren die operatorische Richtung aller naso-pharyngealen Fibrome gegeben.

Cercetări asupra cultivării bacililor tifici din probe de sânge coagulat. — Valoarea diagnostică în febra tifoidă

de

Dr. I. Ardelean și Dr. Alimăneștianu-Adam

În mod curent pentru diagnosticul etiologic al febrei tifoidă suntem obișnuiți să facem sero-reacțiunea Widal. În special această reacție este preferată de medicii practicieni pentru că este simplă, atât recoltarea sângelui, cât și ambalarea și expedierea probei la un laborator. Executarea reacțiunii făcându-se după o tehnică puțin complicată, rezultatul analizei se poate obține după un timp scurt, cel mult 24 ore dela data sosirii probei la laborator.

Valoarea reacțiunii Widal pentru confirmarea diagnosticului clinic al febrei tifoidă este incontestabilă. Dacă pentru clinician însă, Widalul are o valoare reală și rezultatele în cele mai multe cazuri sunt satisfăcătoare, pentru epidemiolog, din punct de vedere al diagnosticului etiologic, reacțiunea are o valoare relativă. Relativă fiindcă: a) un rezultat negativ în prima perioadă a febrei tifoidă nu exclude prezența unei infecțiuni tifoidă, deoarece anticorpii încep să apară în sânge la un titru semnificativ abia în ziua 10—14 de boală; b) aglutininele antitifice, deci reacțiile Widal pozitive prezintă și cel vaccinat anti-tifo-paratific, timp de 4—8 luni dela data vaccinării; c) un stimul piretic nespecific, o stare febrilă oarecare, face să reapară la persoanele vaccinate cu ani în urmă aglutininele antitifice și paratifice; d) coagutinații antitifice survin în caz de paratifoide, sau paraaglutinații antitifice nespecifice în tifus exantematic sau alte infecțiuni înrudite.

Din cauza acestor inconveniente, cari în parte au fost reduse prin introducerea reacțiunii Widal calitativă sau analiza serică calitativă a lui Felix, sero-reacțiunea Widal nu poate servi decât ca un mijloc ajutător pentru stabilirea prezenței unei infecțiuni tifoidă, iar pentru clinician rezultatul pozitiv începând cu a 2—3-a săptămână de boală, trebuie interpretat în limitele specificității reacției cu precauție, pentru a nu fi expus la greseli de diagnostic ce sunt destul de frecvent semnalate.

Din aceste motive în prima perioadă a febrei tifoidă, în primele două-trei săptămâni trebuie să ne folosim pe o scară din ce în ce mai mare de diagnosticul bacteriologic, de hemocultură. În prima săptămână de boală hemocultura este pozitivă în 95—100%, în a doua săptămână în 60—70%, iar în a treia săptămână în 30%. Cu rezultatul pozitiv al hemoculturei izolăm și identificăm agentul patogen, stabilind infecția tifoidă, deci facem un diagnostic etiologic precis. Hemocultura fiind pozitivă în prima perioadă a febrei tifoidă, când nu rare ori

simptomele clinice sunt puțin patognomonice, pentru clinician rezultatul pozitiv este de o valoare practică indiscutabilă, putând astfel să facă un diagnostic exact dela începutul bolii, fapt ce dă posibilitate și organelor sanitare să ia măsuri de combatere și de profilaxie din vreme.

Din tratatele clasice și din cunoștințele primite la facultate, cel mai mult medicii știu că pentru a face hemocultură în febra tifoidă, avem nevoie de o siringă sterilă și un mediu de cultură, de preferință bilă. Că însămânțarea probei de sânge trebuie să se facă înainte de coagulare la patul bolnavului, deoarece serul ce se exprimă din coagul are acțiune bactericidă și hemocultura poate să rămână negativă cu toate că bacteriemia era prezentă.

Din cauza greutateii de a pune la dispoziția medicilor de pe teren mediul de cultură, hemocultura nu s'a putut „populariza”, plerzându-se astfel dintr'un neajuns tehnic, un mijloc de diagnostic precoce foarte important, ale cărei consecințe sunt defavorabile de multe ori din punct de vedere epidemiologic.

Aceste considerațiuni ne-au determinat să încercăm hemoculturi cu probe de sânge coagulat, așa cum unul din noi am văzut că se practică la Laboratorul Statului New York, din Albany, în 1937, cu rezultate satisfăcătoare. De altfel Topley și Wilson, în tratatul lor „The Principles of Bacteriology and Immunity” din 1936, recomandă în cazul când hemocultura nu se poate executa la patul bolnavului, să se facă din proba de sânge trimisă la laborator pentru reacția Widal și hemocultură, adăugându-se la coagulul rămas după decantarea serului, mediu de cultură bilă + bullon. Între primii cercetători rezultate bune au publicat Soman (1932 și 1934) și Downie și Fairbrother (1934).

Materiialul prelucrat de noi constă din probe de sânge recoltate pentru reacția Widal, ce ne-au fost trimise în cea mai mare parte din provincie, din anchete epidemiologice de febră tifoidă, dela medicii de circ.-ție și dela Spitalul de boli infecțioase din Sibiu.

Dela data recoltării sângelui până în momentul cercetării, calculăm întotdeauna un interval de 3 zile, timp mediu considerat suficient pentru ca orice probă să poată sosi din oricare circ.-ție prin poștă, la cel mai apropiat Laborator de Igienă. Dacă materiialul implinise o vechime de 3 zile dela data recoltării, era păstrat în laborator la temperatura de 18—22° C.

Hemocultura din aceste probe o făceam în felul următor: serul sanguin ce se exprima prin coagulare, era pipetat și întrebunțat pentru sero-reacția Widal, iar peste coagulul rămas turnam 5—10 cmc. bilă, după cum coagulul reprezenta volumul a 5—10 cmc. sânge. Se incuba la 37° C timp de 3 zile, la fiecare 24 ore făcându-se o subcultură pe mediul de izolare Gassner. Culturile crescute pe acest mediu suspecte de *Salmonelle* erau identificate prin aglutinare cu seruri antitifice și paratifice.

Am examinat în total 418 probe de sânge, provenite dela tot atâtea cazuri diagnosticate clinic de febră tifoidă, majoritatea în a 2—3-a săptămână de boală. Din coagulul acestor probe s'a izolat bacilul tific în 94 de cazuri (22,5%). În 201 de cazuri s'a făcut comparativ hemocultura obișnuită în bilă cu sânge integral la patul bolnavului, și hemocultură din coagulul probei de sânge recoltată în același timp pentru reacția Widal și păstrată timp de 3 zile în laborator. În această cercetare am obținut rezultate pozitive cu hemocultura obișnuită în 56 de cazuri, iar din coagul în 62 de cazuri. În 38 de cazuri rezultatele pozitive au fost concordante, adică s'au izolat bacili tifici dela același bolnav atât cu hemocultura obișnuită, cât și cu cea din coagul. În 18 cazuri hemocultura obișnuită a fost pozitivă, iar cea din coagul negativă, și în 24 de cazuri hemocultura din coagul pozitivă și cea obișnuită negativă. (Tabela 1).

Din aceste date se constată că prin hemocultura din coagul s'au izolat bacili tifici într'un procent mai mare de probe decât prin cea obișnuită, rezultate pe care însă nu le punem pe socoteala unei superiorități a primei metode, ci se datorește credem faptului, că pe când cantitatea de sânge întrebunțat în hemocultura

obișnuită a fost de 3—5 cmc., coagulul din al doilea procedeu reprezenta volumul a 5—10 cmc. sânge.

TABELA 1. — Hemoculturi făcute comparativ cu probe de sânge necoagulat, imediat după recoltare și din coagul, la 3 zile după recoltare

Nr. probelor examinate	Rezultat pozitiv cu hemocultura din sânge necoagulat		Rezultat pozitiv cu hemocultura din coagul		Rezultate concordante — pozitive cu ambele hemoculturi		Rezultate discordante		Rezultate discordante	
	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
201	56	27,9	62	30,8	38	47,5	18	22,5	24	30,0

Am căutat apoi în ce măsură aglutininele și mai ales titrul aglutininelor influențează rezultatul hemoculturilor. În 418 probe s'a făcut reacția Widal după metoda calitativă a lui Felix. Din 307 probe cu hemocultura negativă, reacțiunea Widal a fost pozitivă la un titru de cel puțin 1/40 în 203 cazuri. Notăm că un număr dintre aceste probe aparțin cazurilor care nu au fost probabil febră tifoidă. Din 111 probe cu hemocultura pozitivă, reacțiunea Widal a fost pozitivă în 79 cazuri (71,2%). Titrul aglutininelor în procente în cele două categorii de probe sunt redată în Tabela 2 și 3.

Din datele acestor tabele se poate constata că hemoculturile pozitive se obțin și în cazurile când aglutininele sunt prezente la un titru destul de mare, concomitent cu un Widal pozitiv putând avea și o hemocultură pozitivă.

Între rezultatele reacțiilor Widal din cele două categorii de probe, cu și fără hemocultură pozitivă, nu am obținut o diferență semnificativă. Aceasta se dato-

TABELA Nr. 2. — Titrul aglutininelor în procente în 79 de cazuri cu reacțiunea Widal și hemocultura pozitivă

Felul bacililor	Aglutinine anti-H						Aglutinine anti-O					
	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280
Bac. tific	0	7,6	17,7	16,4	30,4	24,5	1,3	1,3	13,9	22,8	24,5	6,3
B. para A	1,3	1,3	1,3	2,5	0	0	0	0	0	0	0	0
B. para B	1,3	3,8	6,3	1,3	1,3	0	1,3	3,8	0	0	0	0

TABELA Nr. 3. — Titrul aglutininelor în procente în 203 de cazuri cu reacțiunea Widal pozitivă și hemocultura negativă

Felul bacililor	Aglutinine anti-H						Aglutinine anti-O					
	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	1/1280
Bac. tific	0,5	6,4	16,2	10,3	26,6	30,5	0,5	5,4	11,3	17,7	21,7	7,4
B. para A	0	0,5	3,0	1,0	1,5	0	0	1,0	1,5	0	0	0
B. para B	1,0	3,9	9,4	1,0	2,0	3,0	0	1,5	5,9	0,5	0	0

rește faptulul că probele noastre aparțin cazurilor de febră tifoidă care se aflau în a 2—3-a săptămână de boală, perioada când procentul hemoculturilor pozitive este în scădere (60—30%), iar titrul aglutininelor în creștere. Într'un studiu comparativ ce ar interesa hemoculturile și reacțiunile Widal din prima săptămână de boală și cele din a 4-a săptămână, sigur că diferențele ar fi evidente.

Concluzia practică a rezultatelor noastre de până aci este următoarea: prin hemocultura făcută cu probe de sânge coagulat, întrebându-se că mediu de cultură bila, putem să izolăm bacilii tifici în același procent ca și prin hemocultura obișnuită cu sânge integral, necoagulat, executată la patul bolnavului.

Care este atunci puterea bactericidă a sângelui coagulat și mai ales acțiunea bacteriolitică a serului exprimat prin coagulare, față de bacilii tifici în faza bacteriemică a boalei? Cu alte cuvinte, în proba de sânge coagulat și păstrată ca atare timp de trei zile, bacilii tifici supraviețuiesc, se înmulțesc sau diminuează ca număr. Havens pretinde că supraviețuiesc și probabil se și înmulțesc, fără să aducă sau să indice însă date experimentale.

Pentru a da un răspuns acestor probleme, am făcut următoarele cercetări experimentale: bolnavilor găsiți cu hemocultura pozitivă, li s'a determinat numărul bacililor tifici pe cmc. de sânge, imediat după recoltare în sângele necoagulat și după coagulare la 3 zile de la data recoltării și păstrării probei la temperatura camerei. S'a procedat astfel: prin venepuncție recoltăm 7,5 cmc. de sânge. Immediat după recoltare s'a repartizat în cantitățile descrescând de 2 cmc., 1 cmc., 0,5 cmc. și 0,25 cmc. într'o serie de 4 eprubete, fiecare cu câte 4 cmc. bilă, și într'o serie tot de 4 eprubete, fără bilă. Din seria eprubetelor cu bilă, după ce sângele era bine amestecat, cu o pipetă se scotea câte 1 cmc. și se adăuga la 10 cmc. agar topit și răcit la 42° C. După o întimă amestecare era turnat în câte o placă Petri. Totul se incubă apoi la 37° C. Eprubetele erau ținute la termostat timp de 3 zile, tot la 24 ore făcându-se o subcultură pe mediul de izolare Gassner. Plăcile se examinau după 48 ore, coloniile de bacilii tifici identificate și numărate.

Seria eprubetelor fără bilă, în care sângele între timp se coagulase, era păstrată la temperatura camerei, timp de 3 zile. După acest timp se adăuga la fiecare eprubetă câte 4 cmc. bilă. Cu o baghetă de sticlă coagulul era triturat și dispersat cât se poate de bine și la urmă se dizolva aproape complet în mediul bilă. Apoi procedam la fel ca și în seria precedentă cu sângele necoagulat.

Cu această metodă, a hemoculturii cu cantități descrescând de sânge în mediul de cultură lichid (bilă)

și în mediul solid (bilă + agar), puteam determina cu suficientă exactitate numărul de bacilii tifici dintr'un cmc. sânge necoagulat și coagulat.

Numărul bacililor tifici stabilit cu această metodă în 10 cazuri cu hemocultura pozitivă, este reprezentat în Tabela Nr. 4.

TABELA Nr. 4. — Numărul bacililor tifici pe 1 cmc. sânge înainte de coagulare, imediat după recoltare și la 3 zile după coagulare, în 10 cazuri de febră tifoidă cu hemocultură pozitivă

Nr. crt.	Bolnavul	Ziua de boală	Nr. bacililor tifici pe 1 cmc.		Rezultatul reacției Widal
			Sânge necoagulat	Sânge coagulat	
1	C. M., 22 ani	11	1	1	Tif. H 1/640, Tif. O 1/320
2	M. M., 19 "	9	2	1	Tif. O 1/80
3	M. A., 17 "	15	1	1	Negativ
4	D. E., 15 "	5	23	17	Tif. H 1/160, Tif. O 1/80
5	S. A., 19 "	18	2	0	Tif. H 1/1280, Tif. O 1/160
6	S. A., 17 "	10	1	1	Tif. H 1/160, Tif. O 1/320
7	G. F., 37 "	8	0	1	Tif. H 1/320, Tif. O 1/320, BH 1/80
8	D. A., 29 "	15	15	0	Tif. H 1/640, Tif. O 1/80
9	C. A., 20 "	17	2	4	Tif. H 1/80
10	S. P., 40 "	18	7	10	Tif. H 1/2560, BH 1/640, BO 1/320

Nu s'au obținut în toate cazurile exact același număr de bacilii în cele două categorii de probe de sânge. Diferențele mici însă, nu par a fi rezultatul unei acțiuni bactericide definite, ci mai mult variațiunii, datorită șanselor și tehnicii de lucru. Numărul de bacilii tifici în sângele coagulat, după 3 zile de la data recoltării, fiind același ca în sângele necoagulat imediat după recoltare.

Evoluția puterii bactericide a sângelui, față de bacilii tifici în cursul febrei tifoidale nu este complet elucidată.

S'a constatat prin experiențe in vitro că sângele normal are acțiune bactericidă antitifică. Noi printr'o simplă probă am aflat că 1 cmc. sânge de la o persoană normală, fără antecedente tifoidale, omoară 50.000 germeni, dintr'o sursă de bacilii tifici păstrată de mai mult timp în laborator. Dar ce se întâmplă cu această acțiune bactericidă normală în cursul febrei tifoidale, in vivo, față de bacilii tifici virulenți? Montanari constată în prima săptămână de boală o scădere a puterii bactericide normale, o dispariție completă în săptămânile următoare și o revenire abia după ce boala a trecut.

Bacilii tifoidi cari se găsesc în sânge, sunt în fază virulentă, au totdeauna prezent antigenul Vi, componentă antigenică ce conferă bacililor o rezistență față de acțiunea fagocitară a leucocitelor și împreună cu antigenul O (endotoxina), își manifestă acțiunea leucocidică, ce are drept consecință leucopenia caracteristică din febra tifoidă.

Bacilii tifoidi nu sunt așa de sensibili la acțiunea bacteriolitică normală sau specifică a serului ca și de ex. vibriunii holerice. Pentru a fi distrus este nevoie și de factorul celular, în sânge de leucocite, ce este atât de deficitar în sângele circulant.

Nu este deci surprinzător că în cursul perioadelor bacteriemice, în sângele coagulat, bacilii tifoidi virulenți supraviețuiesc acțiunii bactericide normale (în scădere) și specifice (încă incomplet dezvoltată) a serului și fagocitelor.

Concluziuni :

1. Hemoculturile făcute în bilă cu probe de sânge coagulat dau rezultate pozitive aproape în același procent ca și hemoculturile făcute la patul bolnavului cu sânge necoagulat.

2. Aglutininele antitifice chiar când sunt prezente la un titru mare, nu exclud bacteriemia tifică, concomitent cu o reacțiune Widal pozitivă la un titru mare, putându-se obține o hemocultură pozitivă atât cu sânge coagulat, cât și necoagulat.

3. Prin cercetări comparative, determinând numărul bacililor tifoidi pe 1 cmc. sânge, necoagulat, imediat după recoltare și după coagulare la 3 zile de la data recoltării, nu s'a constatat o diferență semnificativă în numărul germenilor vii, din cele două categorii de probe.

Puterea bactericidă a sângelui față de bacilii tifoidi, în cursul perioadelor bacteriemice a febrei tifoidice, nu se mărește deci prin coagulare.

4. Hemocultura fiind o metodă precisă de diagnostic etiologic al febrei tifoidice, în primele 3 săptămâni de boală trebuie să fie întrebunătățită în practica curentă, pe o scară mult mai mare, fie însămânșând sângele în mediul de cultură bilă, la patul bolnavului, sau în lipsa mediului, trimițând proba de sânge recoltată în condițiuni sterile, la cel mai apropiat laborator.

5. Se recomandă laboratoarelor să facă hemoculturi din coagulul tuturor probelor de sânge ce sunt trimise pentru reacțiunea Widal, fiindcă rezultatul pozitiv al acestor hemoculturi contribuie mult la stabilirea diagnosticului etiologic, rezultatul reacțiunii Widal fiind de multe ori greu de interpretat și neconcludent.

Bibliografie

Bordet, J. : Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses. Paris, 1939.

Downie, A. W. și Fairbrother, R. W. : The laboratory diagnosis of enteric infection. Brit. Med. Journ., 13 Ian. 1934, p. 558.

Havens, L. C. : The bacteriology of typhoid, salmonella and dysentery infections and carrier states. New-York, 1935.

Montanari, L. : Contributo allo studio della caduta del potere battericida del sangue in toto, nei bambini tifosi. Boll. Ist. Sieroter. Milano, 18, 195—210, 1939. Referat in Zentr. Blatt für Bakt. 136, 1940.

Schmidt, H. : Grundlagen der spezif. Therapie. Berlin, 1940.

Topley, W. W. C. și Wilson, G. S. : The Principles of Bacteriology and Immunity. Baltimore, 1936.

INSTITUTUL DE IGIENĂ, CLUJ-SIBIU

Director : Prof. Dr. I. Moldovan.

RESUMÉ

Recherches sur la culture des bacilles typhiques dans des preuves de sang coagulé. — Valeur diagnostique dans la fièvre typhoïde

Le caillot de sang provenant des cas de fièvre typhoïde dans la 2—3-ème semaine de maladie fut employé par les auteurs pour l'hémoculture dans la bile. Sur les 418 preuves examinées, ils isolèrent le bacille typhique dans 94 cas (22,5%).

Dans 201 cas ils ont fait comparativement l'hémoculture avec du sang non coagulé immédiatement après le prélèvement et d'autre part avec le caillot, 3 jours après la date du prélèvement. Ils ont obtenu ainsi dans le premier cas 55 preuves positives (27,9%) et dans le second cas, 62 preuves positives (30,8%).

En déterminant le nombre de bacilles typhiques par 1 cmc. de sang dans 10 cas avec hémoculture positive, on n'a pas observé une différence notable entre le nombre des bacilles typhiques vivants des deux catégories de preuves (sang frais et caillot de sang 3 jours après le prélèvement).

ZUSAMMENFASSUNG

Untersuchungen über das Züchten von Typhusbazillen aus Proben von geronnenem Blut. — Der diagnostische Wert bei Typhus abdominalis

Es werden Hämokulturen in Galle aus dem Blutgerinnsel von Typhuskranken in der 2—3-ten Woche der Krankheit ausgesetzt. Bei 418 untersuchten Proben wird der Typhusbazillus in 94 Fällen (22,5%) isoliert.

In 201 Fällen wurde vergleichsweise die Hämokultur mit ungeronnenem Blut sofort nach Blutentnahme gemacht und aus dem geronnenen Blut 3 Tage nach Blutentnahme. Ein positives Resultat wurde erzielt bei der Hämokultur aus frischem Blut in 55 Fällen (27,9%) und aus dem Blutgerinnsel in 62 (30,8%) Fällen.

Bei Bestimmung der Typhusbazillenzahl auf 1 cm³ Blut in 10 Fällen mit positiver Hämokultur sofort nach Blutentnahme und 3 Tage nachher wurde keine entscheidende Differenz von lebenden Typhusbazillen zwischen den beiden Kategorien von Proben festgestellt.

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.



„In rezumat se poate constata că Paspap, pe baza amestecului său antigen polivalent, produce o desensibilizare nespecifică a organismului în Astma bronchială și în bronșitele astmaticilor.

Paspap este în măsură să înlocuiască, în majoritatea cazurilor, desensibilizarea specifică. La o selecțiune minuțioasă a cazurilor și observarea exactă a prescripțiilor de întrebuițare și de dozare, se obțin vindecări durabile, respectiv importante ameliorări.“

Dr. M. HERMANN „HIPPOKRATES“
1940. Heft 31.

PASPAT

pentru desensibilizare în

ASTMA BRONCHIALĂ

și

RHINITĂ VASOMOTORICĂ

la orice vârstă chiar și la copii.

Fiole pentru scarificațiuni

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică, 8

Considerațiuni asupra unui caz de ruptură spontană a fundului uterin în timpul facerii

de

Dr. Nicolae Belu și **Dr. Haralamb Columb**
Medic Primar Chirurg Medic Secundar Chirurg

Surprizele atât de neplăcute ce survin în serviciile spitalicești prin ruptura spontană a uterului în timpul facerii, sunt în bună parte cauzate de anumite distonii, fie din cauza mamelor, fie din cauza fătului, sau a învelșurilor fetale.

Dintre cauzele etiologice ce aparțin mamelor, cele mai frecvente sunt: bazinul strâmt sau bazinul deformat, iar din cele ce aparțin fătului, remarcăm: prezența transversă, prezența humerală neglijată, hidrocefalia, putrefacția fetală, graviditatea în cazul de uter bifid și altele.

Nu mai puțină importanță au și greșelile ce se fac uneori, fie de medici, fie de moașe, prin administrarea înalte de vreme a utero-tonicelor sau prin manopera Crédé aplicată în mod brutal.

Evident, aceste impedimente se pot constata la timp și remedielor lor e tratamentul obstetric sau chirurgical aplicat la momentul oportun.

Sunt însă cazuri care ajung în mâna obstetricianului prea târziu, intervenția obstetrico-chirurgicală nu se poate face la timp și astfel survin, pe lângă numărul relativ mare al distoniilor, cazurile foarte rare (1^o/₁₀₀ Auvard) de ruptură spontană a uterului în timpul facerii.

Dacă în aceste cazuri de rupturi spontane uterine în timpul facerii, cauzele etiologice sunt evidente, există cazuri extrem de rare, unde aceste cauze nu sunt nici măcar aparente, am putea spune că nici nu se bănuiesc.

Un astfel de caz a format subiectul unei lucrări publicate de mine în Revista de Obstetrică, Ginecologie și Puericultură, din Septembrie 1921, caz survenit și operat de noi în Clinica Profesorului Iacobovici din Cluj, lucrare în care arătasem cum la o multipară, care cu 11 ani înainte fusese operată în aceeași clinică, încă în timpul stăpânirii ungurești, de sarcină extrauterină; prin faptul că nu a fost sterilizată complet, înțeleg că nu i s'a făcut ligătura și incizia sau cauterizarea și a tubel sănătoase, a suferit la nivelul fundului uterin, exact în locul de plantație a tubel extirpate cu 11 ani mai înainte, un proces de miometrită cronică caracterizată prin îngroșarea musculaturii, găsind însă între fibrele musculare o abundență proliferare conjunctivală.

Acest țesut proliferat era din loc în loc, infiltrat cu celule mici, rotunde, între care se găseau și așa numitele „plasmazellen“.

Ruptura spontană a fundului uterin în timpul facerii, deși prezența fătului fusese normală și dimensiunile bazinului normale, s'a produs exact la locul tubel extirpate, unde în urma miometritel cronice se formase un „*locus minoris resistentiae*“ care, în urma contracțiilor puternice ale începutului facerii, a cedat și s'a rupt.

Dacă acest caz pe atunci nu era analog nici unui alt caz publicat până atunci în literatura medicală și prezenta deci un interes deosebit, cazul pe care-l vom descrie în cele ce urmează își are și el nuanțele sale specifice și tot atât de importante.

Bolnava T. M., în etate de 34 ani, casnică, intră în Spital la 21 Martie 1939.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Antecedente personale: menstruația la vârsta de 14 ani, aproape întotdeauna neregulată. A avut 6 nașteri, toate la termen și ușoare. În toate cazurile, placenta s'a eliminat dela sine fără aplicarea manoperei Crédé sau alte intervenții. Ultima menstruație nu o poate preciza. Neagă avorturi. Copiii trăesc și sunt sănătoși.

Boala actuală. A debutat cu dureri mari abdominale în formă de crampe, înainte cu trei săptămâni. Se aștepta la o naștere. După două zile însă, durerile au încetat și femeia a continuat să-și vadă de ocupațiunile zilnice.

Înainte cu 24 ore, durerile revin din nou, de data aceasta cu o intensitate mai mare, prezintă și vărsături, fapt care o determină să consulte un medic.

Medicul constată o poziție pelviană și prevede o naștere normală. Văzând însă că starea bolnavei, cât și semnele peritoneale se agravează și mai ales că pulsul cedează, o internează de urgență la spital.

Examen general: Tesutul celulo-adipos și muscular, proporțional dezvoltat. Tegumentele palide. Mucoasele decolorate. Din partea aparatului respirator, nimic important.

Cord: suflu sistolic anemic. Limitele cordului normale.

Abdomen: Circonferența mărită, linia albă pigmentată. Apărare musculară difuză foarte pronunțată. Cu toate acestea se palpează o tumoră care pornește din bazin, se extinde în sus și depășește nivelul ombilicului cu 4 degete lățime, iar în partea dreaptă, spre ipohondrul drept, tumora bombează în mod evident, această bombare având mărimea și forma unui cap de fat.

În decursul examinării, apărarea musculară cedează parțial, pentru ca odată contracturile tumorii, care nu este altceva decât uterul gravid, revenind, apărarea musculară să se accentueze din nou.

Examen genital: Organele genitale externe, livide. La tușeul vaginal, găsim colul uterin șters, iar orificiul extern uterin deschis pentru 4 degete. Prin el se palpează o membrană elastică netedă, fără nicio rezistență dură.

Temperatura: 36,2.

Puls: aproape filiform, 160 pe minut.

Reflexele normale.

Urina : luată prin cateterizare, negativă.

Bazinul normal, diametrele normale.

După această examinare presupunem că ne găsim în fața unui caz de graviditate la termen, mai mult, că suntem în perioada de facere cu complicații grave de ruptura fundului uterin, fătul fiind alunecat în sus, iar capul fătului bombând la nivelul ipohondrului drept.

Dată fiind situația gravă a bolnavei, se intervine imediat. Înainte de operație se administrează, intravenos, 300 cmc. ser fiziologic.

21 Martie 1939. Operație.

Op. Dr. Belu. Asistă Dr. I. Duca. Anestezie generală cu aether + oxigen.

Laparatomie mediană supra și infra-ombilicală. La deschiderea cavității abdominale, constatăm o cantitate mare de sânge, liber, necoagulat. În cavitatea abdominală liberă, alunecat la nivelul ipohondrului drept, găsim capul fătului care a pătruns printr-o plagă ruptă cu direcție frontală, interesând partea dreaptă a fundului uterin. Marginile plăgii strânse în jurul gâtului fătului în urma contracturii musculare uterine.

Se scoate fătul prin această plagă și se decolează placenta a cărei inserție o găsim în partea stângă a fundului uterin.

Remarcăm că fătul prezintă în jurul gâtului urmele unei strangulări făcută de marginile plăgii uterine la nivelul rupturii și că moartea fătului a survenit probabil prin strangulare cu toată urgența intervenției noastre și cu toate încercările făcute de a-l readuce la viață.

Se face histerectomie subtotală, păstrându-se ambele ovare.

Se suturează bontul cu fire întrerupte de mătăasă și se peritonizează cu fir continuu de catgut.

Se evacuează sângele și se închide, fără drenaj, plaga abdominală, făcându-se plastica mușchilor dreپți abdominali.

În timpul operației, se administrează bolnavei încă 500 cmc. ser fiziologic subcutan. Durata operației, 25 minute. După operație, pulsul accelerat 120, palpabil, fapt care ne face să renunțăm la transfuzia de sânge proiectat.

După operație, mersul bolii normal. A 8-a zi se scot firele și vindecată per primam, bolnava părăsește spitalul în ziua de 6 Aprilie 1939.

Placenta, la examinare, nu prezintă nimic deosebit. Fătul, de sex masculin, are o greutate de 3050 gr. și 51 cm. lungime. Uterul, în întregime, se trimite d-l Profesor Dt. Titu Vasiliu pentru examinare histo-patologică, deoarece presupunem că ruptura fundului uterin, s'a produs în urma unor alterațiuni patologice a acestui organ.

D-sa, d-l Profesor Titu Vasiliu, prin răspunsul dat de Institutul de Anatomie Patologică cu Nr. I/7239/B, ne comunică următoarele:

„În secțiunile făcute în marginea rupturii, se vede în partea internă a peretelui, că între fasciculele musculare se găsește o cantitate mare de fibre conjunctive care disecă fibrele musculare. Se vede de asemenea o cantitate mare de celule deciduale care infiltrează fibrele musculare.

Este un uter anormal fiind vorba de o tumoră rabdomiomatoasă sau de un sincițiom?

Cazul este foarte asemănător cu cazul medico-legal publicat de Profesorul Kernbach, care a făcut obiectul a multor controverse medico-legale. Rugăm în cazul când faceți o publicație să ne trimiteți înainte descrierea clinică și noi vom adăuga o descriere mai detaliată anatomo-patologică”.

Am trimis d-lui Profesor Titu Vasiliu, descrierea solicitată și am primit ca răspuns, următoarea completare:

„După un timp destul de lung, răspund cererii d-tale, în privința cazului T. M. cu ruptura spontană a uterului. După mul-

tiple examinări histo-patologice făcute din bucățile din uter, din buzele rupturii, nu constatăm ceva mai mult decât cele relatate în examenul trimis. Asupra interpretării însă a elementelor tinere musculare, am avut indoială. Trimițând piesa și d-lui Profesor Beitzke dela Gratz, nu vede nici d-sa această posibilitate. Nu rămâne decât a crede în tromboza ramificațiilor uterine și slăbirea prin necroză a elementelor musculare și apoi ruptura.

Nu sunt semnele unui proces inflamator local. De sigur explicația pato-genetică a cazului rămâne incomplet elucidată. Totuși puteți publica cazul fiind interesant să se vadă că unele rupturi ale uterului nu pot să fie explicate numai prin traumatisme, inflamațiuni și tumori, și că sunt și procese degenerative locale, fără a putea fi determinate în toată evoluția lor, care dau aceste slăbiri și rupturi, ceea ce nu se cunoaște de mulți medici legiști”.

Din cele de mai sus, cu toate străduințele depuse de d-l Dr. Profesor Titu Vasiliu, reese că explicația pato-genetică a cazului nostru, rămâne incomplet elucidată și de fapt, dacă cercetăm cele publicate în literatura medicală ce ne stă la dispoziție până în prezent, putem afirma că acest caz nu se încadrează nici în cele cuprinse în statistica lui März, care ne arată între altele, că din totalul cazurilor accidentale, ruptura uterină în timpul facerii interesează în 94% a cazurilor segmentul inferior și numai în 6% a cazurilor corpul propriu al uterului, nici în cercetările asupra etiologiei rupturii uterului în timpul facerii făcute de Bandl și continuate de Wilhelm Freund, căci iată ce am putut culege din diferitele lucrări până în prezent asupra etiologiei acestor accidente.

S'au dovedit drept cauze etiologice în rupturile spontane ale uterului în timpul facerii, următoarele:

1. Înlocuirea țesutului muscular prin cicatrice consecutive unor escare superficiale produsă la o sarcină anterioară;

2. Atrofia peretelui prin hiperinvoluție sau leziuni inflamatorii cronice (Cazul Dr. Belu, 1921);

3. Prezența flebectaziilor difuze ale segmentului inferior (Halban) sau localizate la nivelul fundului uterin (Kaufmann);

4. Pătrunderea vilozităților corionale cu distrugerea țesutului muscular (Alexandroff);

5. Teleanglectazii localizate (Bauerelsen);

6. Leziuni ale țesutului elastic din segmentul inferior uterin (Demidoff);

7. Cicatrice consecutive unei cezariene;

8. Localizarea gangrenel puerperale uterine consecutive unui avort, la nivelul fundului uterin, urmată de o eliminare de țesut muscular necrotizat, subțierea peretelui muscular și inserția placentei la acest nivel (Cazurile Sachs și Lebram);

9. Degenerescența grăsoasă sau scleroasă a unei regiuni a peretelui uterin (Auvard).

Dintre aceste cazuri, cazul publicat de Sachs, prezintă simptome premergătoare asemănătoare simp-

tomelor peritoneale pe care le-a prezentat cazul serviciului nostru.

Intr'adevăr, simptomele pe care bolnava noastră le-a prezentat cu 3 săptămâni înainte de naștere, ne face să credem că încă atunci s'a produs un proces neprevăzut care a dat probabil o ruptură parțială a peretelui fundului uterin, fapt care s'a manifestat printr'o simptomatologie peritoneală.

Cu toate că acest proces s'a liniștit în aparență, căci bolnava și-a putut continua ocupația zilnică aproape trei săptămâni, în momentul cât s'a început perloada de dilatare și expulzare a fătului, acest proces s'a reactivat într'o formă mai gravă, manifestându-se prin simptome peritoneale nete, însoțite de vărsături.

Putem presupune că odată cu începerea contracțiilor musculaturii uterine, ruptura inițială a progresat treptat și concomitent s'au accentuat și semnele peritoneale, ajungând la maximum în clipa când s'a produs perforarea în cavitatea abdominală.

Aceste simptome peritoneale, l s'a supradăruit și simptomatologia șocului declanșat de ruptura totală. Acest proces de ruptură lentă a fundului uterin se datorează unei tromboze a ramificațiilor uterine și slăbirea prin necroză a elementelor musculare, așa după cum cu drept cuvânt o presupune d-l Profesor Titu Vasiliu.

..

Din cele observate, atât de Sachs, cât și de noi, putem concluda că *simptomele peritoneale premergătoare unei nașteri la termen nu pot fi trecute cu vederea și că ele își au importanța lor și-ar putea fi considerate ca indici serioase a unei complicații foarte grave ce ar putea surveni în timpul facerii.*

Atât în cazul publicat de Sachs, cât și în cazul nostru simptomele peritoneale au fost premergătoare rupturii spontane a fundului uterin.

De sigur, după cum susține d-l Profesor Titu Vasiliu, „explicația pato-genetică a cazului rămâne incomplet elucidată” după cum nu putem explica nici cauza trombozelor ramificațiilor uterine care a produs slăbirea prin necroză a elementelor musculare uterine.

Publicăm acest caz nu numai pentru raritatea pe care o prezintă ruptura spontană a fundului uterin în timpul facerii, care după Auvard, este de 1‰, ci pentru a semnaliza importanța simptomatologiei peritoneale

premergătoare unei faceri la termen, ce nu pot fi trecute cu vederea și care în cazul nostru, au prevestit accidentul grav de ruptură spontană a fundului uterin, iar pe de altă parte să se vadă că există unele rupturi spontane ale fundului uterin, care nu se pot explica prin distocii și procese degenerative histopatologice locale sau dacă aceste procese degenerative se și constată ulterior, ele nu pot fi determinate în toată evoluția lor, lucru ce merită toată atenția Medicinii Medico-Legale.

MINISTERUL MUNCII SĂNĂTĂȚII ȘI OCROTIRILOR SOCIALE
Spitalul Casei Naționale a Asigurărilor Sociale, Reșița

Director: Dr. Nicolae Belu

RESUMÉ

Considerations sur un cas de rupture du fond de l'utérus pendant le travail

Les auteurs publient un cas de rupture spontanée du fond de l'utérus pendant le travail, en montrant auprès de la rareté du cas, l'importance des symptômes péritoneaux prémonitoires observés.

Les examens histopathologiques faits par les Prof. Dr. Titu Vasiliu (Cluj-Sibiu) et Beltzke (Graz), ont montré que la rupture s'est produite par la thrombose des ramifications de l'artère utérine et l'affaiblissement par nécrose des éléments musculaires.

On ne peut pas expliquer la cause de la thrombose, c'est pour cela que l'explication pathogénique du cas, reste incomplètement élucidée et mérite toute l'attention de la Médecine Médico-légale.

ZUSAMMENFASSUNG

Über einem Falle von spontanen Fundus Uteri-Ruptur während der Geburt

Die Autoren beschreiben einen Fall von spontanen Gebärmutter-Fundus-Ruptur während der Geburt nicht nur wegen der Seltenheit des Falles, sondern wegen schon von 2 Wochen vor Geburt eingetretenen Peritonealsymptomen, die als einleitende, drohende Symptomen der darauf nachfolgenden Ruptur anzunehmen sind.

Die von H. Prof. Titu Vasiliu (Cluj-Sibiu) und von H. Prof. Beltzke (Graz) eingeleiteten histopathologischen Untersuchungen erlauben zu behaupten, dass es als Ursache der Spontanruptur eine Thrombose der Äste der A. Uterina mit nachfolgender Necrose der Fundusmuskulatur anzunehmen sei, eine Tatsache, die die volle Aufmerksamkeit der Gerichtlichen-Medizin verdient.

Contribuțiuni la determinarea tipului constituțional la bolnavii mintali

de

Dr. Th. Stoenescu și E. Mateș
Medic primar

Forma și dimensiunea corpului fac parte din factorii care contribuie la cunoașterea individualității și sunt în bună parte formele exterioare ale ei, exprimând calitatea stării noastre fiziologice, fizicochimice și psihologice.

După Pende „Constituția” este rezultanta morfologică, fiziologică și psihologică, variind de la individ la individ a proprietăților tuturor elementelor celulare și umorale ale corpului și a combinării acestora într-o stare celulară, având un echilibru și un randament funcțional propriu, o anumită capacitate de adaptare și un mod de reacțiune special față de excitanții din mediul înconjurător. O astfel de rezultantă este determinată primordial de legile eredității și secundar de influențele modificatoare exercitate de mediul înconjurător asupra planului ereditar de organizare al individului.”

Recunoaștem că studiind numai aspectul morfologic al unei persoane nu se realizează o valoare biologică totală. Morfologicul este însă aspectul cel mai ușor sesizabil din întreg complexul biotipului uman. În biotipologia modernă habitusul este luat ca nucleu al studiului individualității, ca punct de reper față de care se raportează toate celelalte elemente constituționale descrise de școala constituționalistă italiană.

În domeniul patologiei mintale, mulți autori au evidențiat că aceste afecțiuni sunt în strânsă legătură cu deviații profunde biotipologice. Dacă majoritatea cercetătorilor sunt de acord asupra legăturii descrise de *Kretschmer*, între psihozele manaco-depresive și tipul constituțional pnic și între schizofrenie și tipul constituțional astenic și athletic, privitor la celelalte psihoze autorii dau rezultate mult mai contradictorii. De exemplu: după *Rohden Willemse*, etc. epilepticii în majoritate se grupează în constituția athletică. *J. Alier* n'a găsit niciun epileptic în această constituție. *Slivko* este de părere că epilepsia se poate greșa pe orice constituție, fără a manifesta o anumită predilecție. În ceea ce privește oligofrenia și chiar paranoia, unii autori le socotesc că s'ar greșa în majoritatea cazurilor tot pe constituția athletică (*Freeman*), iar paralizia generală n'ar avea un specific constituțional. Cercetările lui *Carmelo-Ventra* asupra schizofreniei ajung la concluzia că nici în această afecțiune nu avem un tip unic constituțional, deși au predominat longiliniile. Unul dintre noi — *Dr. Stoenescu*, în colaborare cu *Dr. Ionașiu* și *Dr. Cupcea* —

într'un articol anterior¹⁾ prin o altă metodă am găsit că în general la alienați se confirmă cercetările lui *Kretschmer*.

În majoritatea cazurilor măsurătorilor cu caracter antropometric diferă de la un cercetător la altul, din cauza tehnicilor de obicei diferite chiar în cadrul aceleiași metode. Pentru a preîntâmpina și a elimina pe cât este posibil acest neajuns, am examinat cu aceeași metodă și 100 normali, față de care să putem raporta materialul rezultat de la bolnavii mintali. Normalii examinați au fost între vârstele de 25 la 55 ani și din grupele profesionale ce formează de obicei efectivul spitalului nostru, căutând a menține pe cât e posibil același raport procentual.

Bolnavii examinați au fost în număr de 223, variind între vârstele de 16—70 de ani. Pentru a avea o omogenitate cât mai bună în diferitele prelucrări ale materialului, ne-am servit în special de bolnavii cuprinși între vârstele de 25—55 ani, deci vârsta corespunzătoare normalilor adulți.

Pentru determinarea tipului constituțional ne-am servit de formula *Werthelmer* și *Hesketh*, introdusă la noi în țară de *S. Cupcea*. Această formulă reprezintă raportul dintre volumul trunchiului (ca expresie a sistemului vegetativ) și lungimea membrilor inferioare (ca expresie a sistemului locomotor).

$$\frac{\text{membrul inferior} \times 10^3}{\text{Diam. tor. antero-post.} \times \text{Diam. tor. trans} \times \text{înălț. trunch.}} \times 100^2)$$

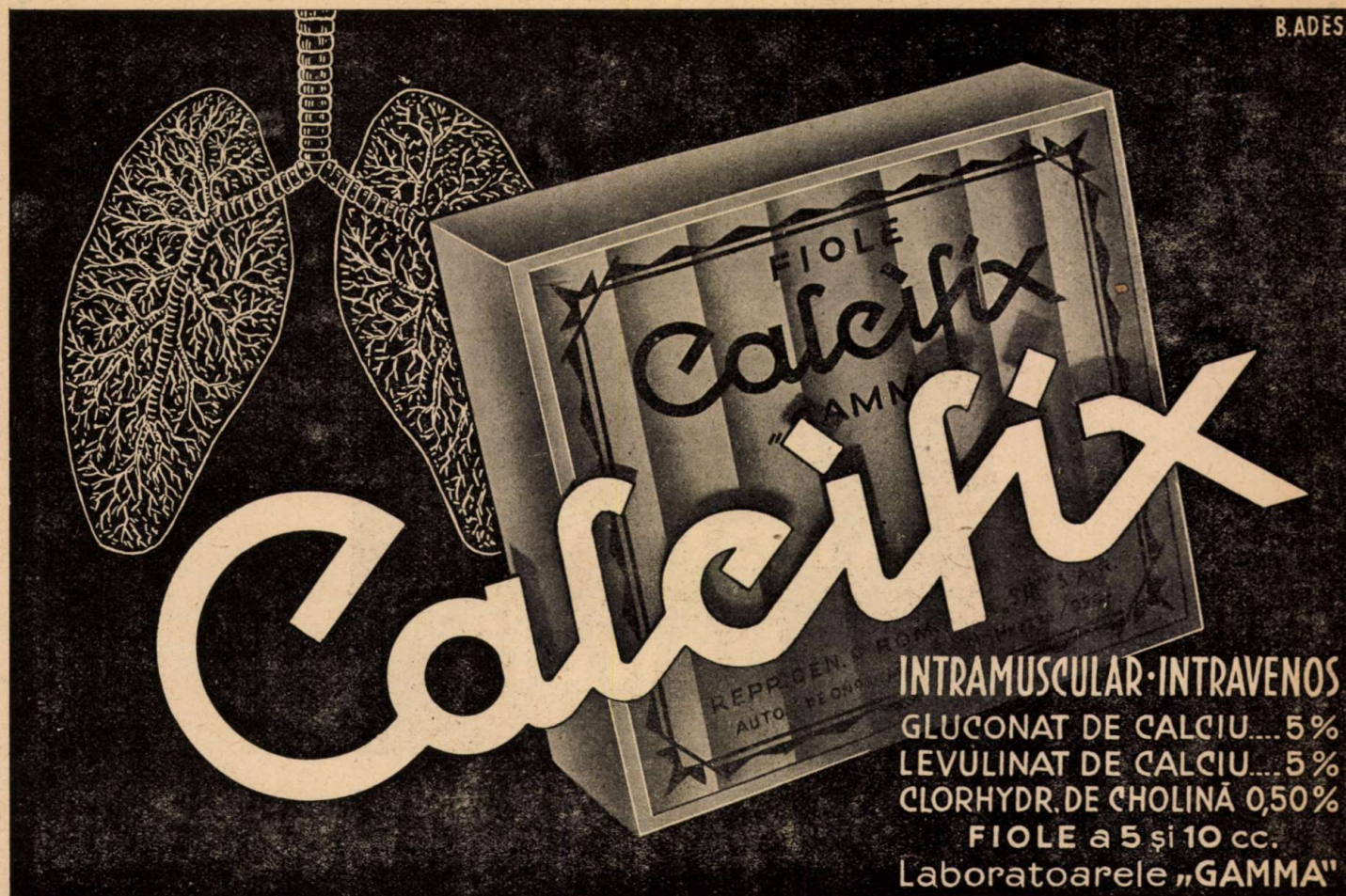
Coefficienții dați de indicele *W. H.* cu cât sunt mai mici ne arată o dezvoltare mai accentuată a trunchiului, deci o tendință megalosplachnică corespunzătoare tipului pnic *kretschmerian*, iar coeficienții mai mari ne arată o dezvoltare a membrilor, deci o tendință microsplachnică corespunzătoare tipului astenic. Coeficienții din jurul valorii medii ne arată tipul de dezvoltare echilibrat, echivalentul athleticului *kretschmerian*.

La normalii examinați de noi cel mai mic coeficient a fost de 185, iar cel mai mare de 367. Reparti-

¹⁾ Indicele *Pignet* la criminali în comparație cu normalii și cu alienații. Buletinul Nr. 2 al Societății de psihologie medicală. Sibiu 1936.

²⁾ Membrul inferior: înălțimea spinei iliace antero-superioară cu corectura dată de *Martin* în funcție de statură. Diametrul toracic antero-posterior la nivelul mezo-sternal. Înălțimea trunchiului: distanța jugulo-perineu. Pentru diametrul toracic transvers am întrebuințat antropometrul *Bertillon*, iar pentru celelalte măsurători antropometrul metalic *Martin*.

B. ADÈS.



ULMARA „Gamma“

Frieștune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

zați pe scara quartilară am obținut coeficientul mediu de 286. Media aritmetică a fost tot de 286, iar sigma de 38,4.¹⁾

În ceea ce privește grupul bolnavilor mintali, s'a obținut limita inferioară la coeficientul 201 și cea superioară la coeficientul 399, media aritmetică fiind de 294 și sigma de 40,4. Curba de distribuție procentuală, reprezentată în figura nr. 1, prezintă față de normal următoarele caractere: a) Punctul de plecare — cel mai mic coeficient — fiind 201, este mai ridicat decât la normali, bolnavii par a fi deci în ansamblul lor cu mai puține caractere plicice; — plicicul este mai ușor adaptabil, deci și șansele lui de îmbolnăvire sunt mai reduse; b) bolnavii par a avea o tendință mai astenică, fiind un număr mai mare de cazuri cu coeficienți ridicați peste 324; c) cu caracter athletic par a fi mai puțin în raport cu distribuția normalilor. Această observație ne face să credem că în general distribuția bolnavilor mintali în comparație cu aceea a normalilor are tendința de a se deplasa spre valorile atletico-astenice.

Deoarece din punct de vedere constituțional orice individ prezintă în decursul vieții tendințe constituționale caracteristice etapelor de dezvoltare în care se găsește, am căutat să vedem cum se prezintă bolnavii mintali față de factorul etate. În tabela nr. 1 am repartizat bolnavii în etape de dezvoltare, din 10 în 10 ani, începând cu vârsta de 15 ani.

TABELA Nr. 1

Vârsta	Numărul cazurilor	Media aritmetică	Sigma	Eroarea probabilă
—25 ani.	24	326	40,9	5,64
25—34 "	73	305	37,7	2,94
35—44 "	73	286	37	2,92
45—54 "	40	282	32,8	3,50
55— "	13	301	44,7	8,37

Se observă că până la vârsta de 25 ani bolnavii înclină mai mult spre constituția astenică, la această etapă de dezvoltare au coeficientul constituțional mediu cel mai ridicat: 326. La normali, prin aceeași metodă, S. Cupcea a găsit la studenții din Cluj cuprinși între vârsta de 19—22 ani o medie apropiată: 321.

În celelalte etape de vârstă bolnavii prezintă treptat un coeficient constituțional din ce în ce mai scăzut, pentru ca între vârstele de 45—55 ani să prezinte cel mai scăzut coeficient constituțional — cel mai apropiat de varianta atletico-plicică, deci cea mai accentuată dezvoltare vegetativă. După vârsta de 55 ani media

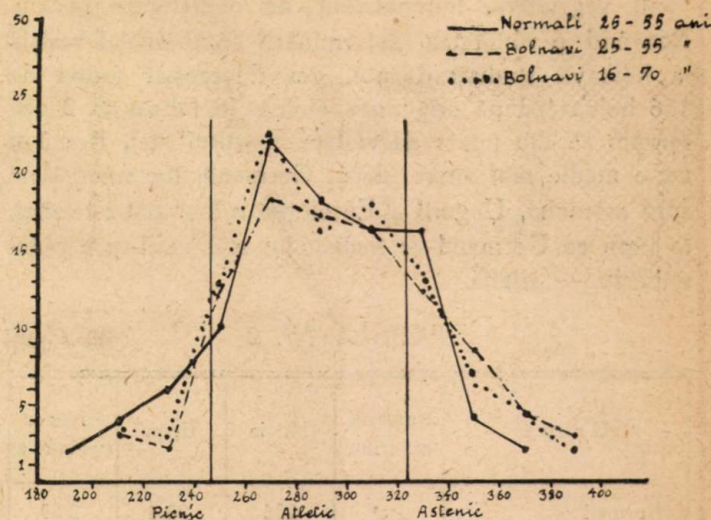


Figura nr. 1

coeficientului începe să crească, deci o tendință de revenire la constituția astenică determinată de Willemsée, — accentuarea catabolismului —. S. Cupcea folosind aceeași metodă, ajunge la normali la rezultate identice (Constituțiile și etate). Dr. V. Preda și L. Preda confirmă concluziile citate mai sus în cadrul cercetărilor ce le-au făcut relativ la evoluția tipului constituțional în raport cu vârsta, utilizând în mod comparativ mai multe formule de exprimare. Asupra bolnavilor mintali, pe un număr de 157 cazuri, Burschard a obținut valori medii din ce în ce mai scăzute până la vârsta de 50—59 ani.

Pentru o mai clară exemplificare, în figura nr. 2 reprezentăm procentual curbele de distribuție numai la cele 3 etape de vârstă caracterizate prin echilibrul evolutiv al maturității, eliminând pe cei până la 25 ani și cei peste 55 ani, deoarece au dat curbe polimodale.

După Castaldi, nici un popor nu are o constituție determinată, ci în fiecare predomină un tip sau altul, după cum este dezvoltat mai mult sau mai puțin sistemul

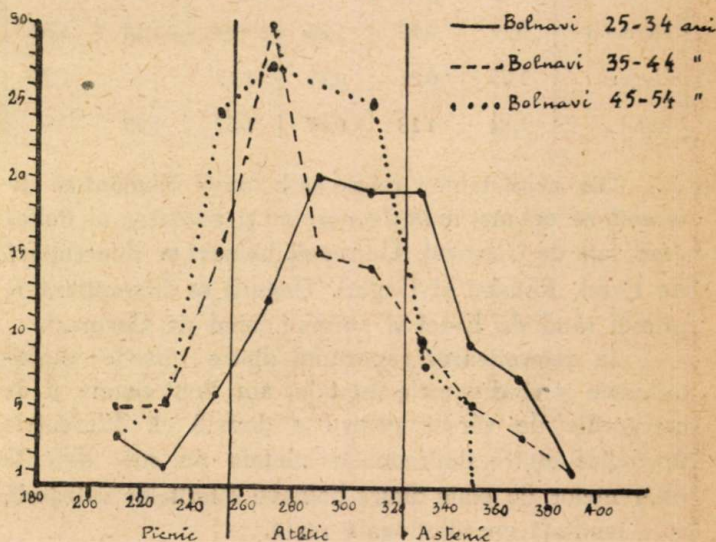


Figura 2. (După vârstă.)

¹⁾ Diferența dintre quartile și sigma este datorită faptului că sigma înglobează medial 67%, pe când auartilul numai 50%.

vieții vegetative, independent de caracterele rasiale. Neavând posibilitatea determinării apartenenței rasiale la bolnavii studiați de noi, am diferențiat grupa de 186 bolnavi după originea etnică. În tabela nr. 2 observăm că din punct de vedere constituțional, Românii au o medie mai mare decât Germanii, înclinând deci spre astenozii, Ungurii și Evreii par a fi și mai astenozii, în timp ce Germanii ar înclina tot mai mult spre polul mijlociu — athletic.

TABELA Nr. 2

Grupa	Numărul cazurilor	Media	Sigma	Eroarea probabilă
Normali	100	286	38,4	2,59
Bolnavi	186	292	37,7	1,86
Bolnavii : Români .	112	294	36,5	2,25
Germani .	32	287	42,7	5,04
Unguri .	22	295	31,3	4,50
Evrei .	10	301	36	7,68

Pentru a exprima valoarea statistică a diferențelor ce există între aceste grupe am calculat în tabela nr. 3 rația critică a diferențelor dintre mediane, (adecă de câte ori diferența între mediane este mai mare decât eroarea probabilă a diferențelor lor).

TABELA Nr. 3

	Normali	Bolnavi	Români	Germani	Unguri	Evrei
Normali .	—	1,94	2,33	0,17	1,73	1,84
Bolnavi .	1,94	—	0,68	0,92	0,61	1,13
Români .	2,33	0,68	—	1,25	0,19	0,87
Germani .	0,17	0,92	1,25	—	1,18	1,52
Unguri .	1,73	0,61	0,19	1,18	—	1,79
Evrei .	1,84	1,13	0,87	1,52	1,79	—

Din acest tablou reiese că bolnavii Români se diferențiază cel mai mult de normali și numai în al doilea grad față de Germani. Germanii bolnavi se diferențiază de Evrei, Români și Unguri. Ungurii se diferențiază în primul rând de Evrei și normali, apoi de Germani.

În determinarea raportului dintre tipurile constituționale și sindroamele mintale, am ținut seama și de categoriile de vârstă, pentru a dovedi că diferențele tipologice dintre sindroamele mintale nu sunt datorite diferențelor de etate dintre bolnavii diferitelor categorii, ci o tendință constituțională reală.

TABELA Nr. 4

Vârsta	Oligofrenie	Maniaco-depresivi	Paranoie	Parafrenie	Schizofrenie	Alcoolism	Epilepsie	P. G. P.	Lues
25—55 ani (Nr. caz 186)	306	249	284	295	295	275	294	287	269
—24 „ (Nr. „ 24)	337	300	—	—	315	—	330	—	—
25—34 „ (Nr. „ 73)	315	244	348	313	301	280	314	274	283
35—44 „ (Nr. „ 73)	297	—	252	300	295	269	261	286	228
45—54 „ (Nr. „ 46)	283	250	—	260	281	278	—	293	—
55— „ (Nr. „ 13)	354	314	—	—	334	300	263	269	—

În tabela Nr. 4 am expus rezultatele cercetărilor atât pe sindroame mintale, cât și pe categorii de vârstă la cei 223 bolnavi.

Constatăm din acest tablou că diferitele sindroame mintale au afinitate diferită constituțională și deci diferă în ceea ce privește media aritmetică a indicelui W. H. Astfel ordinea bolilor mintale după valoarea mediei a indicelui este :

Psihoza maniaco-depresivă	249	P. G. P.	287
Lues	269	Epilepsie	294
Alcoolismul	275	Parafrenie	295
Paranoia	284	Schizofrenie	295
		Oligofrenie	306

Aceste valori ne arată că psihoza maniaco-depresivă, luesul și alcoolismul se grupează spre polul picnic al distribuției, oligofrenia, schizofrenia și parafrenia prezintă o tendință ușoară de deplasare spre polul astenoid, iar epilepsia, P. G. P., paranoia se grupează spre valorile medii, deci cu tendințe atletoide.

În cazul fiecărui sindrom mintal în parte, tipul constituțional variază — în funcție de etate — conform evoluției tipului constituțional la populația nepatologică, adecă cu cât mergem spre epoca maturității, cu atât indicele mediu devine mai mic, tinzând spre constituția picnică, în timp ce la vârstele înaintate — peste 55 ani — observăm din nou o creștere a indicelui morfologic, deci o tendință astenoidă.

Față de normali, bolnavii cuprinși între vârstele de 25—55 ani prezintă grafic media indicelui constituțional, după cum se vede în figura nr. 3.

Psihoza maniaco-depresivă are în medie cel mai scăzut indice constituțional, cu o tendință netă spre picnic; opusul ei ar fi oligofrenia cu media cea mai ridicată, cu tendință spre astenic. Celelalte maladii se grupează în jurul mediei normalilor, cu ușoare deviații spre un pol sau altul al distribuției.

Pentru reprezentarea grafică procentuală a maladiilor pe constituție am ales grupele cu cele mai multe

cazuri. În figura nr. 4 sunt oligofrenicii, psihoza maniaco-depresivă și schizofrenicii.

Se observă că psihoza maniaco-depresivă, deși în număr redus de cazuri, formează o curbă unimodală cu maximum de frecvență între coeficienții 240—280, fără a depăși coeficientul 300. Acest sindrom are o predilecție netă pentru constituția plicică. Schizofrenia formează o curbă de distribuție unimodală, însă mai puțin simetrică, repartizându-se pe întreg câmpul constituțional, cu maximum de frecvență la coeficientul 300—320. Acest coeficient ridicat ne demonstrează că schizofrenia are o predilecție atât pentru constituția atletică, cât și pentru cea astenică, depășind în grupa astenică procentul normalilor. Oligofrenia prezintă un număr redus de cazuri cu coeficienți mici, ea face o ascensiune marcantă după media normalilor, ca să albe maximum de frecvență la coeficientul 320—340, deci o netă predilecție pentru constituția astenică. Celelalte maladii, epilepsia, paralizia generală progresivă și în special alcoolismul, fac curbe polimodale fără a schița o predilecție constituțională. Pentru a preciza totuși semnificația diferențelor, am calculat valoarea raței critice (tabela 5). Mărimea raței critice exprimă mărimea diferenței somatice între două sindroame mintale.

TABELA Nr. 5. — Rația critică

	Normali	Bolnavi	Oligofrenici	Maniaco-depresivi	Schizofrenici	Alcoolici	Epileptici	P. G. P.
Normali . . .	—	1,88	3,55	5,52	2,25	0,80	1,15	0,23
Bolnavi . . .	1,88	—	2,63	6,66	0,84	7,24	0,30	1,28
Oligofrenici .	3,55	2,63	—	7,17	1,88	1,63	1,48	3,14
Maniaco-depr.	5,52	6,66	7,17	—	6,68	4,60	5,06	5,34
Schizofrenici.	2,25	0,84	1,88	6,68	—	3,93	0,14	1,74
Alcoolici . .	0,80	7,24	1,63	4,60	3,93	—	0,20	0,64
Epileptici . .	1,15	0,30	1,48	5,06	0,14	0,20	—	0,96
P. G. P. . . .	0,23	1,28	3,14	5,34	1,74	0,64	0,96	—

În această tabelă vedem că față de normali, diferența somatică evidentă prezintă în primul rând psihoza maniaco-depresivă, oligofreniile și schizofrenia, celelalte maladii — epilepsia, alcoolismul și P. G. P. — se diferențiază tot mai puțin. În ceea ce privește maladiile între ele, cea mai mare diferențiere constituțională o prezintă psihoza maniaco-depresivă față de celelalte maladii. Oligofrenicii se diferențiază de maniaco-depresivi, p. g. p., schizofrenici, alcoolici și epileptici. Schizofrenicii se deosebesc din punct de vedere somatic cel mai mult de maniaco-depresivi și alcoolici, iar cea mai

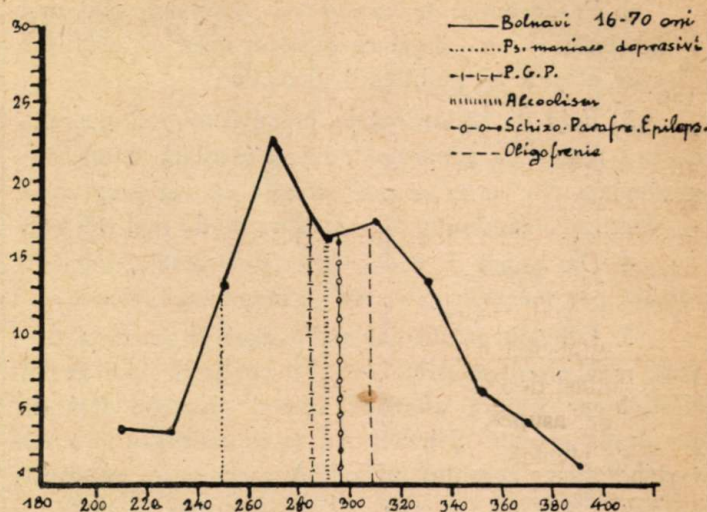


Figura 3

neînsemnată diferențiere este față de epileptici. (Se mai poate pune oare problema antagonismului între aceste două maladii?) Alcoolicii se diferențiază de maniaco-depresivi și schizofrenici, iar față de celelalte maladii, imbecilitate, p. g. p. și epileptici, diferența este tot mai mică, tot mai neînsemnată. Epilepticii se diferențiază de maniaco-depresivi, iar față de oligofrenici diferențierea este tot neînsemnată, ajungând să fie fără nicio importanță față de celelalte maladii. Paralizii generală progresivă se diferențiază în primul rând de maniaco-depresivi și oligofrenici, iar față de celelalte maladii diferențierea este neînsemnată.

Concluzii:

1. Determinarea constituției prin Indicele Wertheimer și Hesketh a dat curbe de frecvență unimodale, conform tezei lui Viola asupra unimodalității caracterelor morfologice.

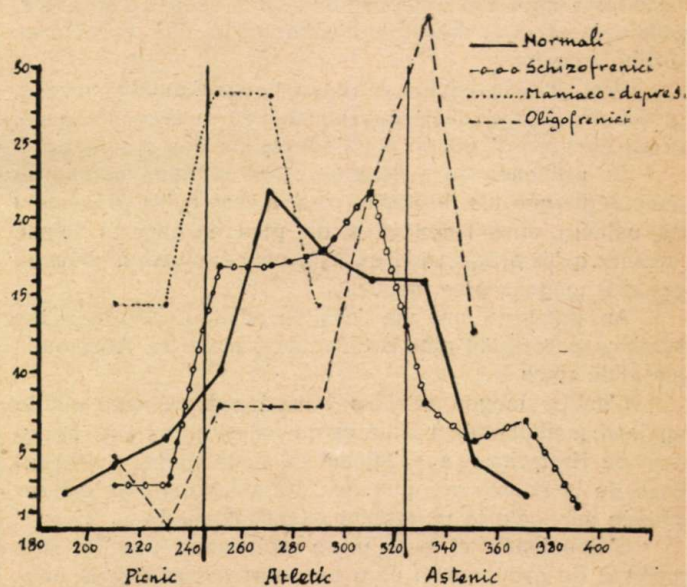


Figura 4

2. Proportional în raport cu normalul sunt mai puşini bolnavi cu caractere pnenice, ceea ce confirmă părerea asupra adaptabilităţii pnenicilor.

3. Faţă de factorul etate, bolnavii mintali urmează aceeaşi regulă ca şi normalii, adică prezintă valori constituţionale din ce în ce mai scăzute cu cât progresa în vârstă, evoluând apoi din nou spre medii mai ridicate.

4. Din punct de vedere al originii etnice, bolnavii români par mai astenolzi, iar germanii mai atletici.

5. Indicele mediu cel mai scăzut îl prezintă psihoză maniaco-depresivă, ceea ce confirmă ipoteza lui Kretschmer asupra afinităţii acestei afecţiuni faţă de constituţia pnenică. Schizofrenia se repartizează pe toată variabilitatea constituţională. Aceasta este datorită probabil la două cauze: a) o oarecare afinitate a schizofreniei atât pentru tipul astenic, cât şi pentru cel athletic, şi b) extensivitatea enormă a cadrului schizofreniei, care probabil cuprinde o multitudine de afecţiuni de origine constituţională diferită. Alcoolismul şi p. g. p. nu prezintă nici o tendinţă de grupare spre vreo categorie constituţională, ceea ce este explicabil prin redusă importanţa etiologică a factorului constituţional în raport cu cel exogen în această afecţiune.

6. Controlând realitatea diferenţelor somatice prin calcularea raşiei critice a diferenţelor, am constatat că grupul maniaco-depresiv prezintă cea mai netă diferenţiere de toate celelalte afecţiuni, fiind astfel cadrul cel mai net diferenţiat din patologia mintală constituţională.

RESUMÉ

Contributions à la détermination du type constitutionnel chez les malades mentaux

La détermination de la constitution par les indices Wertheimer et Hescheth a donné des courbes de fréquences unimodales, chez 223 malades mentaux et chez 100 normaux, conformément à la thèse sur l'unimodalité des caractères morphologiques.

Proportionnellement en rapport avec l'individu normal, il y a moins de malades présentant des caractères pneniques, ce qui confirme l'opinion sur l'adaptation des pneniques.

En présence de facteur âge, les malades suivent la même règle que les normaux, c'est à dire qu'ils présentent des valeurs constitutionnelles de plus en plus en baisse à mesure qu'ils progressent en âge, puis évoluent à nouveau vers des moyens plus élevées.

Au point de vue de l'origine ethnique, les malades roumains paraissent plus asthénoides, mais les Allemands plus athlétiques.

L'indice moyen le plus baissé est présenté par la psychose maniaco-dépressive, ce qui est confirmé par l'hypothèse de Kretschmer sur l'affinité de cette affection en présence de la constitution pnenique. La schizophrénie est répartie sur toute la variabilité constitutionnelle.

L'alcoolisme et p. g. p. ne présentent pas ici une tendance de groupement vers une certaine catégorie constitutionnelle, ce qui est explicable par l'importance réduite

éthiologique du facteur constitutionnel en rapport avec celui exogène dans ces affections.

En contrôlant la réalité des différences somatiques par le calcul de la raşie critique des différences, nous avons constaté que le groupe maniaco-dépressif présente la plus nette différenciation de toutes les autres affections, étant ainsi le cadre le plus nettement différentiel de la pathologie mentale constitutionnelle.

ZUSAMMENFASSUNG

Beiträge zur Bestimmung des Konstitutionstypus der Geisteskranken

Die Bestimmung des Konstitutionstypus bei 223 geisteskranken und 100 normalen Individuen mittelst des Wertheimer-schen und Hescheth-schen Index, ergab Frequenzkurven mit einmaligen Höchstwerten, entsprechend der Viola-schen These über den einmaligen Höchstwert der morphologischen Charaktere.

Den Vergleich mit dem Normalstand zeigt, dass es weniger Kranke mit pyknischer Konstitution gibt und bestätigt hiemit die Auffassung von der Anpassungsmöglichkeit der Pykniker.

Vom Standpunkt des Altersfaktors befolgen die Geisteskranken dieselbe Regel wie die Normalen, und zwar weisen sie konstitutionelle Werte auf, die mit fortschreitendem Alter sinken, um sich dann später zu höheren Durchschnittswerten zu erheben.

Im Bezug auf die Volksabstammung scheint es, dass die rumänischen Kranken mehr dem asthenoiden, die deutschen mehr dem athletischen Typus angehören.

Der niedrigsten Durchschnittsindex weist das manisch-depressive Irresein auf, was auch die Hypothese von Kretschmer über die Bevorzugung des pyknischen Typus durch diese Krankheit bestätigt. Die Schizophrenie verteilt sich über alle Konstitutionstypen.

Der Alkoholismus und die allgemeine progressive Paralyse weisen keine Neigung auf sich in eine Konstitutionsgruppe einzugliedern, was ja auch durch die ethologisch kleinere Bedeutung des konstitutionellen Faktors gegenüber dem exogenen Faktor in diesen Affektionen erklärlich ist.

Die Kontrolle des Realbestandes der somatischen Unterschiede durch die Berechnung der kritischen Durchschnittsraşie der verschiedenen Besonderheiten ergab, dass die Gruppe des manisch-depressiven Irreseins von allen anderen Krankheiten die am besten abgesonderte ist und so den am schärfsten abgegrenzten Rahmen der Pathologie der Geisteskrankheiten bildet.

Bibliografie:

1. S. Cupcea: a) Constituţie morfologică şi etate. Cluj, Cartea Românească, 1939.
b) Constituţie morfologică şi inteligenţă. Revista de Psihologie, II, 1939, Nr. 2.
c) Profesiune academică şi constituţie morfologică. Buletin eugenic şi biopolitic, 1939. Nr. 7—8—9.
2. Klineberg O. Asch, S. E. Block H.: An Experimental Study of constitutional Types. Gen. Psych. Mon., 1934, 16, p. 140—221.
3. Kretschmer E.: La structure du corp et le caractère (trad.). Paris, Payot, 1927.



In reconvalescență

HAEMATICUM GLAUSCH

fortificant confirmat, cu un gust plăcut.
Ameliorarea rapidă a stării generale.

Comparațiune fero-manganică orga-
nică, într-o formă ușor rezorabilă.
Prin adăsurii de substanțe amare aro-
matice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr.

Flacon cu ca. 500 gr.

Flaconul mare deosebit de economic!

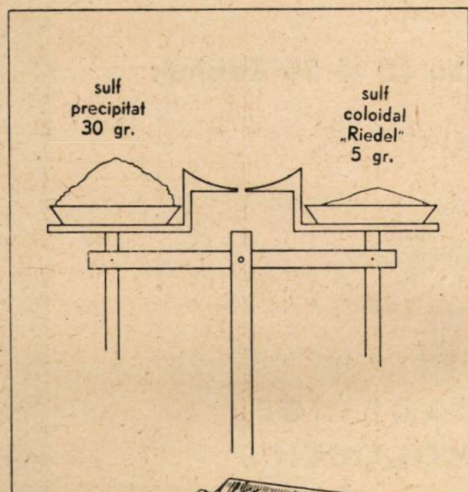
MAX GLAUSCH, KLOTZSCHE-DRESDEN

DEP.: „PHARMAG“ S.A., BRAȘOV

**ASTENIE GENERALĂ - ANEMIE - INAPETENȚĂ
CLOROZĂ - NEURASTENIE - RACHITISM - SCROFULOZĂ**

CATAMIN

conține SULF COLOIDAL



Grație concentrației mici se evită iritațiunile.

Acțiunea puternică este asigurată prin dispersiunea în particule mici.

Indicațiuni:

Scabie
Pitiriază
Eczeme
Prurigo
Intertrigo
Acnee



Forme de prezentare: Tuburi de 30 și 55 gr.

J. D. RIEDEL E. de HAËN, A.-G. BERLIN-BRITZ

Reprezentant pentru România: **RUDOLF FOREK**

București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:

ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ ÎN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

4. *Mărgineanu N.*: a) Psihologia persoanei. Sibiu, 1941.
b) Elemente de Psihometrie. Cluj, 1938.
5. *Pende N.*: La biotipologia umana. Palermo, Ed. Prometeo, 1924.
6. *v. Rohden F.*: Die Methoden der konstitutionellen Körperbauforschung. (In Abderhalden). Berlin und Wien, Urban U. Schwarzenberg, 1929.
7. *Ștefănescu Goangă Fl., Roșca Alexandru, Cupcea S.*: a) Adaptarea socială. Cluj, 1938.
- b) Constitution biopsychique et adaptation cosiale (dans le milieu rural et urban). Comunicare la Congresul Internațional de Sociologie, București, 1939.
8. *Viola G.*: La costituzione individuale (I, II). Bologna, L. Cappelle Edit., 1933.
9. *Wertheimer F. I.—Hesketh F. F.*: The Significance of the Physical Constitution in mental Disease. Baltimore, 1926.

SPITALUL DE BOLI MINTALE SIBIU

Puncția ficatului în diagnosticul cancerului hepatic

de

O. Fodor

Diagnosticul cancerului primitiv al ficatului se face adeseori numai pe masa de autopsie. Cel secundar este adeseori o surpriză pe masa de operație. Alteori, diagnosticându-se un neoplasm inoperabil al tubului digestiv, eventualele metastaze hepatice sunt trecute neobservate. Diagnosticul cancerului primitiv ori secundar al ficatului este imposibil mai ales în formele care evoluează fără o modificare aprecieabilă a volumului, consistenței și suprafeței ficatului.

Examenul prin puncția hepatică este un auxiliar prețios. În ce privește diagnosticul cancerelor primitive hepatice, considerăm această procedură în clinica noastră ca indispensabilă, recurgând la ea în mod curent. Ea nu mai este considerată de noi numai de o metodă de cercetare științifică, ci de un procedeu de explorare clinică curentă. Serviciile pe care ni le-a adus nouă sunt prețioase.

În anul 1942, în opt cazuri de tumori maligne hepatice diagnosticul a fost confirmat prin puncția hepatică, iar în 1943 (primele 8 luni) în 12 cazuri de cancer primitiv ale ficatului. Cunoșcând dificultățile diagnosticului cancerului primitiv hepatic, ajutorul pe care ni l-a adus într-un număr relativ mare de cazuri, se ilustrează de la sine. O mențiune specială trebuie să facem asupra cirozelor maligne cu adenom care în general survin foarte rar. Diagnosticul clinic în aceste forme este de multe ori dificil, adeseori confundându-se cu o ciroză ascitică tip Laennec. În câteva cazuri am fost obligați să ne revizim diagnosticul clinic în urma puncției hepatice. Când este prezent icterul și ascita la un individ în vârstă, diagnosticul de adenocancer cu ciroză nu comportă dificultăți prea mari. Și în această fază însă, o confirmare este necesară. În cazurile dubioase puncția hepatică este însă indispensabilă.

Hațieganu și colaboratorii au expus considerațiile lor, servindu-se de această metodă în diverse stări patologice ale ficatului (Wien. klin. Wochenschrift Nr. 2, 1943).

Puncția hepatică a fost practică pentru prima dată de *Lucatello* (1895). *Iosefson* o întrebunțează în diagnosticul anulozilor ficatului și splinei (1916). De la introducerea acestor metode în clinica noastră și până în prezent a fost utilizată pe o scară întinsă. Contra-indicațiunile sunt foarte restrânse, respectându-le pe cele indicate de autorii de mai sus în locul amintit. Nu am avut nici un accident. Trebuie să relevăm acest lucru, cunoscând că *Roholm*, *Krarup* și *Iversen* cu metoda biopsiei aspiratoare, din 297 cazuri examinate au avut două cazuri mortale afară de alte complicațiuni mai puțin severe, însă în număr aprecieabil. Ținând seamă și de faptul că metoda a fost practică de mână experimentată, accidentele survenite nu sunt de natură a încuraja difuzarea acestor metode pe scară largă. Rezultatele obținute cu metoda biopsiei aspiratoare, prin care se obține structura tisulară a organului, dau orientări mai exacte, însă pentru necesitățile clinice și mai ales pentru problema diagnosticului tumorilor maligne hepatice, metoda practică de clinică noastră ne aduce precizii suficiente, prezența celulelor tumorale fiind în majoritatea cazurilor o indicație evidentă.

Tehnica și apărătura este aceea descrisă de *Hațieganu* și colaboratorii. Asupra locului puncției, amintim că uneori am punctat și în alte locuri decât în linia axilară anterioară, atunci când tumora hepatică proemina sub ipocondru sau în epigastriu. Nu am avut accidente, totuși din motive de precauție pentru a nu leza organele vecine, nu se recomandă această deviere de la locul de elecție, decât în cazurile bine selecționate.

O altă observație a noastră este că siringa și acul cu care se face puncția să fie uscate. O singură aspirație ușoară fiind suficientă, nu trebuie să se urmărească obținerea neapărată a unui punctat vizibil în siringă, volnd prin aceasta a evita extragerea de sânge care deranjează examinarea. După ce s'a făcut o tracțiune asupra pistonului, acesta trebuie lăsat să cadă ușor înapoi sau chiar să se demonteze siringa de la ac și în

acest fel să se scoată acul. Eliminarea punctatului pe lama microscopică să se facă imediat, prin pistonări energice. La întinderea preparatului pe lamă să se urmărească aceleași reguli ca la facerea frotului de sânge. Colorația cu metoda May Grunwald-Giemsa a fost totdeauna suficientă.

Interpretarea elementelor pe frotul obținut necesită o oarecare experiență. Principial, în diagnosticul tumorilor maligne trebuiesc căutate elementele caracteristice ale celulelor maligne. Trebuie însă să știm că ficatul este un organ capabil de regenerare foarte activă atât în hepatitele acute, cât și în cele cronice. Celulele mai tinere provenite din porțiunile regenerare mai recent se deosebesc ca mărime și structură nucleară și protoplasmatică de altele din regiuni mai vechi, încât la o privire mai sumară și fără a explora cât mai mult posibile lamele obținute, putem ușor comite erori.

În hepatitele acute modificările celulelor parenchimatoase sunt apreciable, unele celule putând ajunge la de 4—5 ori dimensiunea celulelor normale, neprecis delimitate. Protoplasma poate fi inomogenă, granulată, sau cu vacuole. Nucleii de asemenea pot fi variabili ca formă și mărime. Unii nuclei sunt mici, picnotici, intens colorați; alții mari, săraci în cromatină. *Celule în mitoză se întâlnesc însă excepțional (Roholm, Krarup Iversen).* Nucleii conțin adeseori nucleoli, protoplasma nu prea bogată este intens bazofilă, celulele semănând adesea cu elemente tinere sanghine (*Hafiganu, Spârchez, Radu și Macavei*). În hepatitele cronice, pe lângă celule cu caracter degenerativ vacuolizate, cu limita între nucleu și protoplasmă mai greu diferențiable, mai slab colorabilă, protoplasma mai ștearsă, turbure, putem găsi și celule asemănătoare cu cele din hepatitele acute, celule provenite din locuri unde se produce o regenerare a țesutului hepatic. Nici aici însă nu găsim celule în mitoză sau cu mai mulți nuclei.

Aspectul microscopic al punctatului hepatic în tumorile maligne este destul de caracteristic, mai ales în sarcome. Cancerele epiteliale s'ar putea preta la o privire superficială a punctatului la confuzii, mai ales cu celulele obținute atunci când punctăm un ficat în regiuni cu regenerări active, cum am amintit în hepatitele acute și cronice. Dacă obținem însă placarde întregi de celule cu polimorfism exagerat, celule mari, diformate, cu proporția între protoplasmă și nucleu mărită în favorul nucleului, *celule cu mai mulți nuclei sau nuclei în mitoză*, mai cu seamă polimorfism nuclear cu mai mulți nucleoli, iar în alte porțiuni ale lamelor celule de formă și mărime normală, aspectul vorbește pentru cancer. În celulele maligne nu s'ar găsi niciodată granule de pigmenti biliari (*Hafiganu și colaboratorii*). În toate cazurile se impune examinarea cu atențiune a întregului preparat, chiar mai multe dacă avem la dispoziție, pentru că ne va ajuta mult la stabili-

lirea diagnosticului descoperirea de placarde sau regiuni cu celule de aspectul celor descrise mai sus, alături de alte regiuni cu celule de aspect normal. Modificările celulare în hepatite sunt dacă nu generale, în orice caz pe o întindere mai mare, aspectul microscopic fiind același pe întregul preparat.

Din examenul celulelor izolate obținute prin această metodă nu se poate preciza decât excepțional dacă este vorba de un cancer primitiv sau secundar.

O condiție indispensabilă pentru a obține celule tumorale, este ca să pătrundem în țesutul tumoral. Aceasta însă nu se întâmplă întotdeauna, deci o punctie negativă în ce privește celulele maligne nu exclude cancerul. Și aici ca în orice investigație de laborator, aceste a nu trebuie să l se subordoneze examenul clinic, ci rezultatul punctiei va fi un auxiliar prețios al clinicii. Când punctia este negativă, în contradicție cu examenul clinic, aceasta se va repeta înainte de a trece la laparotomia exploratoare.

Am amintit mai sus că servindu-ne de punctia hepatică diagnosticul de adeno-cancer cu ciroză a devenit mai frecvent decât eram obișnuți, confirmarea lui fiind posibilă înainte chiar de dezvoltarea completă a simptomatologiei clinice, încă în perioada când nu sunt instalate ambele simptome caracteristice, ascita și icterul. Boala de multe ori poate fi confundată cu ciroza ascitogenă. Cazul ce urmează este caracteristic:

G. A. 55 ani. Un frate mort de tuberculoză pulmonară. La 12 ani a suferit de icter. Nu uzează de alcool.

Este bolnav de trei luni, de când se simte obosit, scade în greutate și forțele fizice, este subfebril. La două săptămâni observă că îl crește abdomenul, se simte foarte balonat, mai cu seamă post-alimentar. Pierde pofta de mâncare. Abdomenul la proporții tot mai mari, medicul curant recurgând la injecții cu preparate mercuriale. De șase săptămâni prezintă și edeme ale membrilor inferioare. Scaun regulat.

La examenul obiectiv: emaciat, cu pilozitate redusă în regiunile păroase ale trunchiului și regiunea genitală. Sistemul nervos, relațiuni normale. Toracele în formă de clopot, lichid în cavitățile pleurale, mai mult în dreapta. Aparatul cardio-vascular, relațiuni normale. Abdomenul de circumferință mărită, ombilicul proeminent ușor. Circulație colaterală nu prezintă. Semne de lichid liber în cavitatea peritoneală. După evacuarea ascitei, ficatul se poate palpa întrecând rebordul costal cu două laturi de deget, dur și destul de regulat. Splina palpabilă. Viteza de sedimentare a hematilor 20/40 mm. Leucocite 9600. Reacția Takata Ara: intens pozitivă. Proba cu roz-bengal: 6 mlgr. Indigocarmina nu se elimină prin bilă nici după o oră și jumătate. Reacția Wassermann negativă. Urobilinogen în urină: intens pozitiv. Pigmenți biliari în urină: absenți. Examenul radio-

logic al tubulului digestiv arată o stază în întreg cadrul duodenal.

Bolnavul prezintă o temperatură cu caracter neregulat, între 37—38 grade. Diureza în permanență sub 600 ccm. în 24 ore. Puncțiile exploratoare pleurale și abdominale au dat un lichid serocitrin, clar, în cel pleural reacția Rivalta pozitivă, în cel abdominal slab pozitivă. Microscopic celule endoteliale și limfocite.

Recapitulând, la un bolnav de tipul constituțional Chwostek, care a avut în antecedente un icter cataral, cu hepatosplenomegalie, ascită, oligurie, reacția Takata-Ara intens pozitivă, cu deficit în eliminarea indigocarminului și a Roz-bengalului (semne de leziune difuză hepatică), diagnosticul de ciroză hepatică ascitogenă ar fi fost îndreptățit. Boala a evoluat însă rapid, cașexie progresivă și foarte accentuată, fenomene care încă nu ar fi putut exclude ciroza. Puncția hepatică a adus lămurire suficientă, obținându-se celule cu caracter tipic tumoral (Fig. 1). În punctatul pleural se găsesc celule cu același caracter (Fig. 2). Lichidul pleural se reface rapid primind din ce în ce un caracter mai hemoragic. După 12 zile de la puncția hepatică apare icterul, care nu ajunge la un grad prea pronunțat, iar la o săptămână bolnavul succumbă cu fenomene de mare insuficiență hepatică.

Ne mărginim la expunerea numai a acestui caz unde puncția hepatică ne-a adus argumentul diagnostic decisiv, cu toate că am putea înmulți numărul lor.

Observațiile noastre ne permit a trage următoarele concluzii:

Puncția hepatică după metoda aplicată în clinica noastră este foarte ușor de executat și nu reprezintă niciun pericol. Ea este un procedeu curent. Diagnosticul cancerului primitiv al ficatului devine mai ușor prin această metodă. Ea este indispensabilă pentru punerea diagnosticului tumorilor ficatului și astfel ea trebuie practică în toate cazurile de afecțiuni hepatice incerte.

CLINICA I MEDICALĂ

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

RESUMÉ

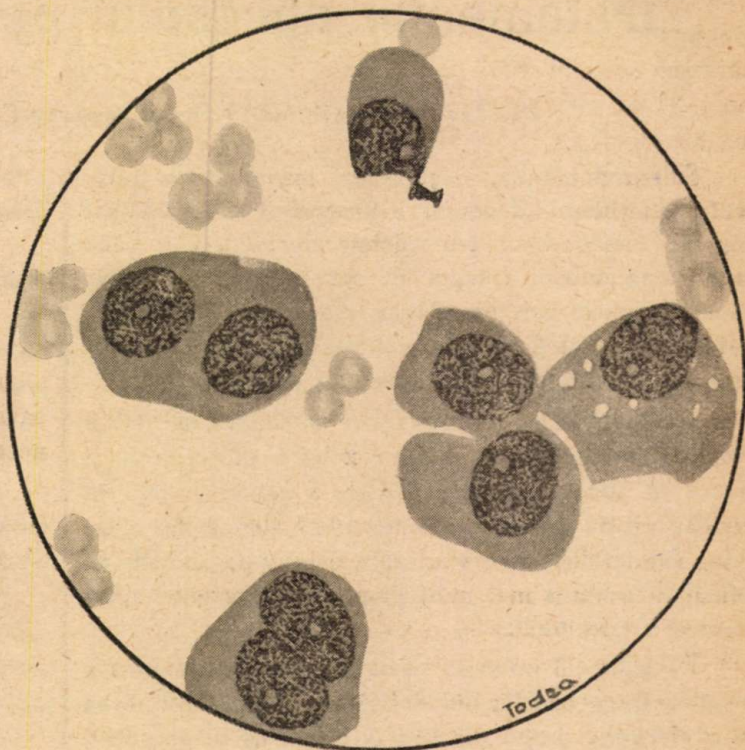
La ponction du foie dans le diagnostic du cancer hépatique

La ponction hépatique peut être exécutée très facilement sans aucun accident. Elle est indispensable pour le diagnostic des tumeurs hépatiques et doit être pratiquée dans toutes les affections hépatiques incertaines. Par cette méthode le diagnostic du cancer hépatique primitif est devenu plus fréquent, surtout de l'adeno-cancer avec cirrhose.

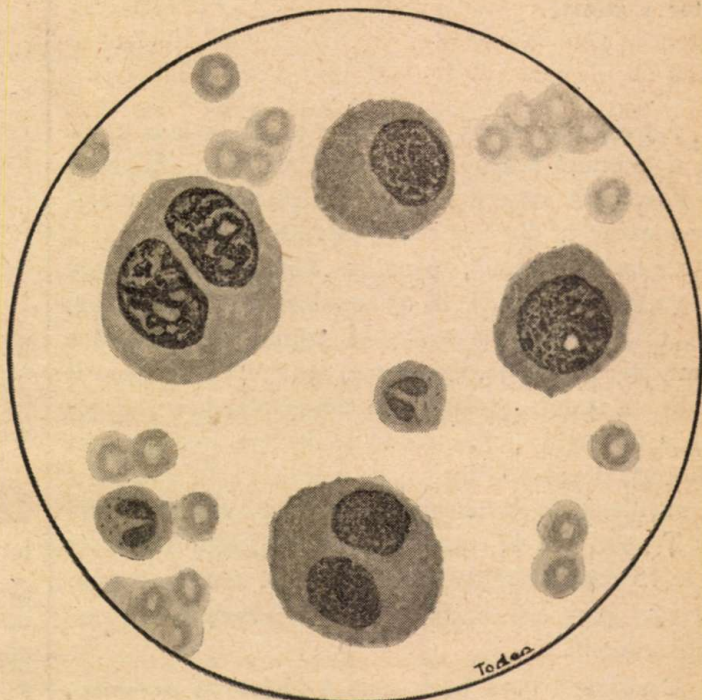
ZUSAMMENFASSUNG

Leberpunktion zur Diagnose des Leberkrebses

Die Leberpunktion nach der Methode der I. medizinischen Klinik ist leicht auszuführen und bedeutet keinerlei



(Fig. nr. 1)



(Fig. nr. 2)

Gefahr da sie ein häufig angewandtes Verfahren ist. Sie ist unumgänglich für die Diagnose von Lebertumoren und sollte in allen Fällen von unsicheren Lebererkrankungen angewendet werden. Es wird auf die Bedeutung des mikroskopischen Befundes des Leberpunktats für die Differentialdiagnose gegenüber Hepatitis hingewiesen. Durch diese Methode konnte die Diagnose des primären Leberkrebses öfters gestellt werden, besonders Adenocarcinom mit Cirrhose.

Tratamentul abcesului perirenal cu sulfamide

de

Dr. Liviu Comes, Int. Valeria Ionescu-Comes și Ext. Mihaela Papilian

Sulfamidoterapia, deși recent introdusă în tratamentul diferitelor infecțiuni, a înregistrat în câțiva ani progrese remarcabile. Numeroase afecțiuni, care până acum nu se puteau bucura de un tratament eficace, precum și altele care aparțineau domeniului chirurgiei, au ajuns să poată fi vindecate printr'un tratament medicamentos, pe cât de simplu, pe atât de sigur.

Am încercat întrebuintarea sulfamidelor într'o afecțiune tratată până acum exclusiv chirurgical, și anume în abcesul perirenal. Cele 5 cazuri tratate în serviciul nostru în cursul anului 1943 numai cu sulfamide, s'au terminat prin vindecare completă, iar bolnavii putând fi urmăriți mai mult timp, n'au prezentat nicio recidivă a infecțiunii.

De sigur că numărul cazurilor este mic pentru a se putea trage concluzii definitive, totuși fiind vorba de o afecțiune destul de rară și dificil de diagnosticat, precum și faptul că succesul a fost la fel de mare în toate cazurile observate, ne-a încurajat la publicarea acestor rezultate.

Abcesul perirenal, după cum se știe, este o supurație a țesutului adipos din jurul rinichului. Microbii care infectează această regiune, provin în marea majoritate a cazurilor dintr'un focar primitiv al organismului, fie localizat (furuncul, panariții, flegmoane, supurații veziculare, renale etc.), fie generalizat (boli infecțioase, septicemii). Statisticile arată că supurațiile periferice tegumentare (panariții, flegmoane) sunt cele mai frecvent întâlnite ca factori etiologici. În consecință, flora microbiană a abceselor perirenale va fi identică cu a acestora (stafilococi, strepto-stafilococi), — lucru de altfel confirmat prin examenul bacteriologic al puroiului evacuat. Astfel Prof. Țeposu, din 47 cazuri publicate, găsește stafilococi puri în 15 cazuri, strepto-stafilococi în 14 cazuri, strepto-stafilococi plus alți bacili în încă 5 cazuri, iar în rest diferiți microbi.

Cunoscând flora bacteriană a abcesului perirenal, primul lucru care s'a impus în conduita noastră terapeutică, a fost alegerea unui compus sulfamidat activ mai ales asupra stafilococului. Noi am întrebuintat Eleudronul și Cibazolul, ambii compuși sulfathiazolici.

Sulfathiazolul a mai fost întrebuintat în tratamentul diferitelor infecțiuni stafilococice, dovedindu-se cel mai activ compus sulfamidat în aceste infecțiuni. De altfel, până la introducerea sulfathiazolului în terapeutică rezultatele obținute asupra infecțiunilor stafilococice cu

celelalte sulfamide, erau medloce. (O'Brich, Mc. Cartry, Maxwell 1938).

În furunculoză, Prof. Frieboes (1942) arată rezultatele favorabile obținute prin tratamentul cu Eleudron.

În impetigo contagiosa, Burckhardt (1941), pe 27 bolnavi obține vindecări în toate cazurile după un tratament de câteva zile cu Cibazol. Werner Schmidt în 96 cazuri de impetigo, obține 95 vindecări prin Eleudron (1942).

În osteomielite stafilococică, Gross (1942), recomandă pe lângă autovaccin, sulfamidoterapia cu compusul sulfathiazolici.

De altfel însuși Domagh, întemeietorul sulfamidoterapiei într'un articol recent (1943), arată prin experiențe pe șoareci că sulfathiazolul este cel mai activ compus sulfamidat în infecțiile stafilococice.¹⁾

Un al doilea lucru de care am ținut seama în conduita noastră terapeutică, a fost realizarea și păstrarea unei anumite concentrații de sulfamidă în sânge.

Intradevăr, se știe că efectul terapeutic al unei sulfamide depinde de concentrația ei maximă din sânge, care variază după natura substanței între 4—10 mlgr.‰. Această concentrație trebuie atinsă dela începutul tratamentului, pentru a se împiedeca formarea de germeni sulfamidorezistenți și păstrată la un anumit nivel (cel puțin 3—4 mlgr.‰) timp de 2—3, zile pentru obținerea unui efect sigur și durabil.

Pentru a realiza aceste condiții, am aplicat „Stoss-terapia” adică administrarea medicamentului dela început în doze masive (concentrația maximă ridicată) și fracționate (menținerea neîntreruptă a concentrației peste 3—4 mlgr. ‰).

Noi am administrat Eleudronul și Cibazolul, fie sub formă de tablete (câte 2 tablete la 2 ore) fie sub formă de injecții combinate cu tablete (Cibazolul), atinând dela începutul tratamentului doza de 6 gr. în 24 de ore. După 2—3 zile de astfel de doze (12—18 gr.) temperatura revenea la normal, iar fenomenele generale și locale începu să cedeze. Tratamentul era continuat cu doze reduse de sulfamide (3 gr.—1,5 gr.) timp de câteva zile, până la dispariția simptomelor și normalizarea leucocitozei, și apoi suspendat complet. Am administrat în total 25—30 gr. de Eleudron sau Cibazol, fără niciun inconvenient.

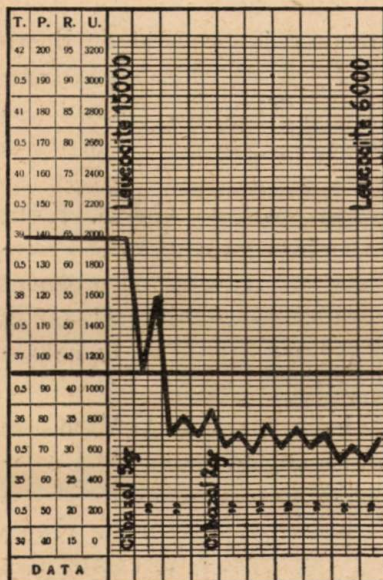
¹⁾ În ultimul număr al Ardealului Medical (1944, Nr. 1, pag. 13) Drul Bruda publică două cazuri de abces pararenal vindecate conservativ prin sulfamide, unul cu eleudron, altul cu prontosil.

De altfel, este locul să amintim aici, că dintre toate sulfamidele, sulfathiazolul se pretează cel mai bine la o terapie în doze masive. Pe lângă toleranța lor perfectă de către organism, mai au și avantajul, pe de o parte de a realiza o concentrație maximă ridicată în sânge, (6,3—7,1 mg.%, la 4 ore după administrare de 4 gr. de substanță), iar pe de altă parte de a se elimina mai repede prin urină (după 72 ore eliminare completă, în timp ce la alte sulfamide abia după 96 ore) deci toxicitate mai mică.

Acest lucru explică în același timp și frumoasele succese obținute cu sulfathiazolul și în alte infecțiuni decât cele stafilococice (gonococice, pneumococice etc.) de multe ori chiar superioară celorlalte sulfamide.

Mal atragem atențiunea și asupra faptului că terapia cu sulfathiazolul în doze masive ne-a servit în același timp și drept probă pentru confirmarea diagnosticului, — și în unele cazuri am renunțat chiar la puncția exploratoare, care pe lângă desavantajul de a fi neplăcută pentru bolnav, de cele mai multe ori este negativă, (mai ales într-o fază nu prea avansată a boalei), fără ca negativitatea ei să excludă diagnosticul de abces perirenal.

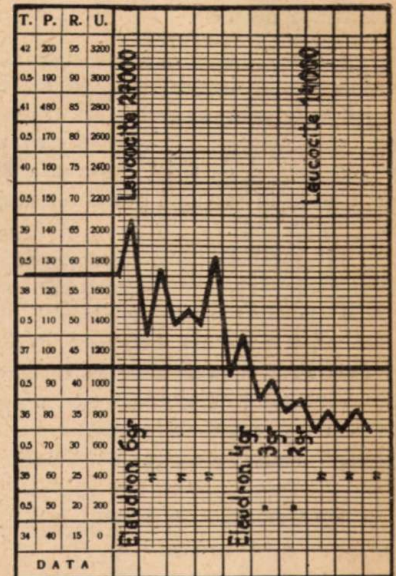
Observațiuni clinice. — *Obs. I.* R. M. 21 ani. În antecedente, o mică plagă infectată și supurată a piciorului stâng, tratată cu medic, cam pe vremea debutului boalei actuale. Boala actuală datează de 3 luni începând în mod insidios, prin inapetență, febră, pierdere în greutate, grețuri și văgă dureri abdominale. Suspectându-se o apendicită, se intervine, însă după operație fenomenele nu prezintă nicio ameliorare. Peste câțiva timp se instalează o febră de supurație cu oscilații mari, iar durerea se localizează în flancul stâng și loja renală stângă. Bolnavul este emaciat, tegumentele de culoare palid murdară. Temperatura 39,4. Leucocitoza 15.000. În urină, albumină foarte slab pozitiv. Loja renală stângă sensibilă la palpare, cu un ușor edem local. Puncția exploratoare pozitivă: în puroiu stafilococi și streptococi. I se administrează Cibazol, 2 inj.+8 tablete în 24 ore timp de 2 zile. Temperatura scade la normal. Mai primește timp de 1 zi 5 gr. cibazol și apoi timp de o săptămână câte o injecție și 3 tablete zilnic. Părăsește serviciul după 11 zile, afebril, complet vindecat, fenomenele locale dispărute, leucocitoza 6000. Bolnavul fiind din localitate, a putut fi urmărit mai mult timp, fără să prezinte vre-o recidivă a boalei.



Obs. I R. M. 21

Obs. II. B. I. 30 ani. Bolnav de 1 săptămână, cu temperatură ridicată, anorexie, greață. De câteva zile acuză dureri în loja renală dreaptă. La examenul

local, sensibilitate la presiune și ușor edem. Se mai constată câteva furuncule pe gamba dreaptă. Temperatura 39°. Leucocitoza 17.000. În urină nimic patologic. I se administrează timp de 3 zile 12 tablete de Eleudron pe zi (câte 2 tablete a 0,50 la 2 ore). A treia zi temperatura scade la 37,5, a patra zi de tratament revine la normal. Fenomenele locale încep să cedeze: sensibilitatea foarte puțin pronunțată, edemul aproape dispărut, mai persistă văgă dureri spontane, leucocitoza 8500. Mai primește 6 tablete Eleudron, apoi câte 3, încă 5 zile. După o săptămână de afebrilitate în timpul căreia fenomenele locale au dispărut complet, iar leucocitoza s'a normalizat, părăsește serviciul vindecat.

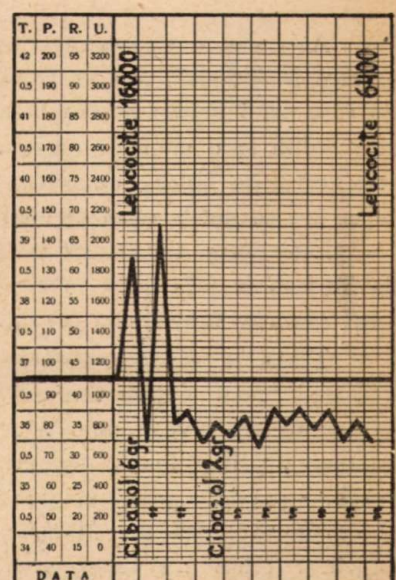


Obs. IV P. A. 33 ani

Obs. III. S. I. 39 ani. Bolnav de 20 zile. Boala s'a instalat în mod lent, cu astenie, inapetență, pierdere în greutate, transpirații nocturne, ușoară febră și văgă dureri în loja renală dreaptă. Bolnavul este palid, ușor emaciat. Leucocitoza 21.000. Temperatura moderată oscilează între 37—38°. În urină urme de puroiu, la microscop 4—5 leucocite pe câmp. La examenul local, edem pronunțat al regiunii, roșeață și căldură, precum și sensibilitate la palpare. Puncția exploratoare pozitivă, în puroiu stafilococi.

I se administrează timp de 3 zile câte 4—6 tablete de Pron-tosil pe zi. Leucocitoza 26.000. Fenomenele locale persistă. Incepe un tratament cu Eleudron în doze masive (10—12 tablete pe zi) timp de 2 zile. Temperatura dispare. Fenomenele locale încep să cedeze. Continuă cu 3 gr.—1,5 pe zi. După 6 zile leucocitoza 13.000. Părăsește serviciul incomplet vindecat, urmând tratamentul acasă. Ulterior a putut fi urmărit, este perfect sănătos.

Obs. IV. P. A. 33 ani. Bolnav de 2 săptămâni, cu dureri în loja renală stângă, cefalee și temperatură ridicată. Regiunea lombară stângă prezintă o sensibilitate pronunțată la palpare. Temperatura 39,4. Leucocitoza 27.000. Examenul urinii negativ. I se administrează timp de 3 zile Eleudron tablete, câte 6 grame. A 4-a zi, temperatura începe să cedeze. Urmează o zi cu subfebrilitate, apoi temperatura revine la normal. Mai continuă câteva zile cu 3—4 grame. Temperatura normală. Leucocitoza 14.000. Sensibilitatea și durerea în loja renală au dispărut complet. Părăsește ser-



Obs. V D. M. 16 ani

viciul, continuând tratamentul acasă. Ulterior aflăm că se bucură de sănătate deplină.

Obs. V. D. M. 16 ani. Bolnavă de 2 săptămâni, cu dureri în loja renală dreaptă, care se exacerbau la mișcări, frisonete și febră ridicată oscilantă. La examenul obiectiv se constată o scolioză a coloanei lombare, cu concavitatea spre dreapta (Semnul lui *Reschke*) — de altfel din cauza acestui simptom, bolnava a fost trimisă în serviciul nostru ca suspectă de o afecțiune a coloanei vertebrale.

Loja renală dreaptă extrem de sensibilă la palpare și ușor edemațiată. Temperatura oscilează între 36,5—39,5. Leucocitoza 18 000. În urină, puroiu foarte slab pozitiv, iar în sediment, rare leucocite. Incepe un tratament cu Cibazol 2 inj.+6 tabl. pe zi. A treia zi, temperatura normală, durerile cedează. Continuă să primească 1 inj. Cibazol+3 tabl. zilnic. După 10 zile, părăsește serviciul vindecată, cu fenomenele locale dispărute, afebrilă, starea generală bună, leucocitoza 6400, scolioza dispărută.

Concluzii:

Abcesul perirenal poate fi tratat și vindecat în mod conservativ prin sulfamide.

Administrarea sulfamidelor se va face în doze masive și fragmentate (6 gr. pe zi) timp de cel puțin 2—3 zile, după care urmează un tratament de întreținere cu doze mai mici.

Acest tratament poate fi întrebunătățit și ca o probă terapeutică, în cazurile când diagnosticul nu se

poate stabili cu certitudine din simptomatologia clinică și probele de laborator.

SERVICIUL MEDICAL AL SPITALULUI PUBLIC SIBIU

Medic Primar: Dr. C. Manta

RESUMÉ

Le phlegmon périnephrétique peut être traité et guéri avec les sulfamides

Le médicament sera administré par doses massives et fragmentées pendant 2 à 3 jours, après lesquels on continuera avec des petites doses.

On peut utiliser ce traitement même comme une épreuve thérapeutique, lorsque les symptômes cliniques et les résultats de laboratoire ne suffisent pas pour à établir le diagnostic.

ZUSAMMENFASSUNG

Das perirenale Abzess kann mit Sulfamidpräparaten behandelt u. abgeheilt werden

Die Verabreichung dieser Sulfamidpräparate soll in grosse fractionierten Dosen (6 gr. täglich) 2—3 Tage lang begonnen werden worauf eine längere Behandlung mit kleineren Dosen folgen soll.

Diese Behandlung kann im Fällen wenn die Diagnose aus den Symptomen und den klinischen Proben nicht mit Sicherheit gestellt werden kann, auch als therapeutische Probe zur Diagnosenstellung dienen.

Considerațiuni asupra aortitei vârstei tinere în legătură cu două observațiuni clinice

de

Dr. Ioanoviciu Gh., Dr. Faur Gh. și Dr. Ciurdariu P.

Aortitele în general sunt infecțiuni pe care le observăm la indivizii care au trecut de 30 ani. În clinică de câte ori întâlnim aortită la o vârstă de 35—50 ani, ne gândim la o etiologie luetică. După această vârstă este vorba de obicei de aortite ateromatoase ale căror cauze nu se pot preciza cu certitudine.

Este destul de rar să întâlnim aortite sub vârsta de 30 ani. În fața unor astfel de cazuri medicul adeșorî rămâne desorientat în ceea ce privește etiologia.

Tratatele clasice amintesc că în cele mai variate boli infecțioase pot surveni ca o complicație procese inflamatorii la nivelul aortei. Astfel variola, scarlatina, erizipelul, febra tifoidă, pneumonia, gripa și meningita cerebro-spinală epidemică pot leza mai frecvent aorta în cursul evoluției lor. Mai rar se citează toxinele tetanică și difterică și excepțional malarla și tuberculoza.

În infecțiunea reumatică lezarea aortei pe lângă afectarea endocardului și a miocardului, care domină

tabloul clinic a fost remarcată deja din 1840 de Bouillaud. După acesta o serie de autori francezi ca: Gue-neau de Mussy, Potain, Barle, Triboulet, Renon, Be-zançon și Weil relau în discuție această problemă, fără să-i dea importanța cuvenită.

Paralel autorii germani Wiesel, Gelpel, Klotz, Glahn, și Pappenheimer au ajuns pe baza unor cercetări sistematice la concluzia că reumatismul articular poate duce la o leziune aortică uneori chiar gravă. Ei descriu destul de amănunțit modificările anatomo-istologice găsite în media și adventitia aortei.

În 1933 Klinge și Schultz, iar 1936 Gerlach, au arătat din nou localizarea de preferință arterială a leziunilor reumatice în peretele aortei abdominale și mai puțin în peretele aortei ascendente. Mai mult, Klinge reușește să descrie leziuni reumatice a mezaortei fără să albe în anamneza bolnavilor antecedente reumatice articulare.

Bolile infecto-contagioase enumerate mai sus, precum și reumatismul poliartricular acut se întâlnesc în majoritatea covârșitoare a cazurilor la indivizii tineri. Procesele aortice acute care pot surveni în cursul acestor boli infectioase acute de cele mai multe ori se vindecă prin încetarea stării infectioase, cu dispariția simptomelor subiective și obiective. De aceea valoarea practică a acestor procese inflamatorii de acompaniament ale aortel este redusă. Totuși această vindecare nu este totdeauna completă și definitivă pentru că aortitele de acompaniament pot fi prelușul unei aortite cronice sau o agravare a leziunii prealabile pe care infecțiunea s'a grefat sau pot fi punctul de plecare a aortitelor ateromatoase tardive, uneori mult tardive. După vindecări aparente se pot observa recidive repetate care duc la leziuni anatomice importante.

Obs. 1. Bolnava C. R. în etate de 19 ani, lucrătoare, necăsătorită, se internează în Clinica Medicală II din Sibiu, în 28 I. 1943.

Anamneza: La 6 ani pneumonie, înainte cu 7 luni congestie pleuro-pulmonară la baza stângă. Menstruația a început la 14 ani, s'a succedat la intervale regulate.

De 2 săptămâni simte o senzație de presiune în regiunea precardiacă, exagerată de eforturi sub formă de dureri vii paroxistice, care iradiază spre axilă, brațul și cotul stâng, însoțite de dispnee, palpațiuni, greutate în vorbire, neliniște și ușoară anxietate. Bolnava avea uneori și senzația de călduri dar nu și-a măsurat temperatura, transpirațiuni nocturne, cefalee și amețeli.

La examenul obiectiv toate modificările patologice se referă la aparatul cardio-vascular. Se constată pulsațiuni în furculița sternală, șgomotul I dedublat la bază, șgomotul II aortic accentuat. $T. A. = 13\frac{1}{2} - 9\frac{1}{2}$ (V.L.). Periferic: pulsul 80 pe minut, ritmic, mai înalt și bine bătut. La Ecgr. T_{II} mai turtit și T_{III} bifazic. La ortocardiogramă diametrele inimii se găsesc normale. Aoarta este moderat lărgită, în O. A. D. = 2,9 cm., iar în O. A. S. = 3,0 cm. Transparența aortei este normală. Pasagiul esifagian este bun. Reacțiile B-Wassermann și Witebsky sunt negative.

În baza acestor simptome se poate stabili diagnosticul de aortită. Ea este cronică fiindcă modificările ascultatorice dela bază, șgomotul I dedublat și șgomotul II accentuat, simptome descrise de Potain, se datoresc unor leziuni anatomice scleroase a pereților aortei, care se destind și colabează brusc din cauza defecțiunii lor de elasticitate. În aortitele acute recente elasticitatea pereților aortei este păstrată și aceste modificări stetacustice lipsesc.

În observațiunea noastră deși bolnava acuză simptomele subiective numai de două săptămâni, în acest interval de timp nu sau putut produce modificări anatomice scleroase atât de importante încât să rezulte dedublarea șgomotului I și accentuarea șgomotului II la focarul aortic. Indurațiunea locală a valvulelor și a pereților aortei superioare, care se traduc prin modificările stetacustice menționate, pot fi considerate ca sechele ale unei aortite acute, care a acompaniat pneumonia de care a suferit pacienta la etatea de 6 ani. Această aortită acută de acompaniament a rămas neobservată în cursul pneumoniei, s'a vindecat odată cu ea și a lăsat un punct de minoră rezistență pentru infecțiuni ulterioare. Afară de pneumonie în antecedentele bolnavei nu găsim nicio altă boală infecțioasă care să motiveze o leziune aortică. Totuși după cum relevă Klinge și Schultz pot exista aortite reumatice la indivizii tineri fără să avem în antecedente manifestări articulare. Congestia pleuropulmonară dela baza pulmonului stâng de care bolnava a suferit înainte cu 7 luni, a reactivat probabil ve-

chea leziune aortică. După vindecarea congestiei pleuropulmonare aortita a continuat să evolueze latent până acum 2 săptămâni când a devenit manifestă.

Se elimină ușor diagnosticul de aortită cronică sifilitică pentru că în antecedente nu găsim infecțiunea sifilitică, iar reacțiile serologice sunt negative. Aortita cronică ateromatoasă se elimină din cauza vârstei de 19 ani a pacientei, lipsa hipertensiunii arteriale și opacitatea normală a aortei.

Obs. II. Bolnavul D. P. în etate de 18 ani, necăsătorit, agricultor, se internează în Clinica Medicală II din Sibiu, în 20 VII, 1943.

Anamneza: La 13 ani reumatism poliarticular acut.

De 3 ani are palpațiuni, dispnee și dureri retrosternale de intensitate moderată la eforturile fizice. De 5 săptămâni palpațiunile și dispneea se produc la cele mai mici eforturi. Durerea retrosternală, permanentă se exagerează uneori spontan alteori e în legătură cu micile eforturi fizice pe care bolnavul le execută. Durerea nu este însoțită de angoare. De 4 săptămâni bolnavul are dureri în mai multe articulațiuni, ascensiuni febrile dureri precordiale, oligurie, nicturie și edeme progresiv crescând ale membrilor inferioare.

La examenul obiectiv modificările patologice se referă și în acest caz la aparatul cardiovascular. Bolnavul se găsește în ortopnee, extremitățile și mucoasele vizibile sunt cianozate, picioarele și gambele prezintă un edem de stază care păstrează digitopresiunea. În furculița sternală se constată pulsațiuni sincrone cu sistola ventriculară, șocul apexian e deplasat în spațiul VII intercostal stâng, în linie axilară anterioară. Matitatea precardiacă este mărită în ambele sensuri. Suflu sistolic la vârful, cu propagare spre axila stângă și suflu asprativ diastolic la focarul aortic cu tendință de propagare spre vârful. Periferic se constată un dans arterial și puls capilar puțin exprimat, pulsul frecvent 110 pe minut, ritmic, înalt, bine bătut, bondisant. Formula oscilomanometrică este divergentă: $14\frac{1}{2} - 2\frac{1}{2}$ (Pachon). La ecgr. T_I despicat, $P R = 0,20 - 0,21''$, T_{II} foarte mic, pozitiv, T_{III} ușor negativ și ST_{II} deplasat puțin sub linia izoelectrică, adică semne de suferință miocardică. La ortocardiogramă toate diametrele inimii sunt mărite. Aoarta în O. A. D: 3,9 cm., iar în O. A. S: 4 cm.

În baza modificărilor ascultatorice, a imaginii radiologice și a manifestărilor periferice se poate stabili diagnosticul de insuficiență asociată mitro-aortică și aortită.

Se elimină aortita specifică prin lipsa în antecedente a infecției luetice și reacțiile serologice negative. Aoartita ateromatoasă se elimină prin etatea de 18 ani a bolnavului și absența hipertensiunii arteriale. Insuficiența aortică funcțională se elimină prin modificările radiologice ale aortei, care este dilatată și mai opacă.

Leziunea asociată mitrală și aortică, manifestățiunile articulare de acum 5 ani și caracterul lor recidivant, cu oscilațiuni febrile și anemie (Hgb: 60%, Hematti: 2.800.000), modificările electrocardiografice, care arată prezența unei suferințe miocardice, viteza de sedimentare accelerată a hematiilor (69 în 60' și 96 în 120') și instalarea unei astolii progresive și ireductibile permit afirmarea că natura acestor leziuni este cu cea mai mare probabilitate reumatică. Înainte cu 5 ani, când bolnavul a avut primele manifestări articulare, infecțiunea reumatică a lezat miocardul, endocardul și aorta. Recidivele ulterioare au determinat evoluția cu caracter progresiv a leziunilor endo-miocardice și aortice. Dilatarea și opacifierea aortei, în cazul nostru, este consecința leziunilor cronice, cicatriciale de natură reumatică.

Deși nu am avut ocaziunea să facem examenul anatomo-istologic la ncluna din observațiunile noastre, totuși credem de cuviință să dăm câteva date sumare asupra acestor noțiuni.

Reumatismul ca și stîlîsul afectează în domeniul vascular cu predilecție tunica medie și adventitia aortei. La nivelul acestora se produc acei noduli caracteristici ai lui Aschoff și infiltrații celulare cu celule rotunde (Rundzellen) în jurul vaselor de nutriție din adventitia. Cu timpul nodulii se sclerozează, topesc țesutul elastic din medie și transformă această tunică într-o cicatrice fibroasă, care reduce elasticitatea aortei, mărește diametrul și opacitatea acestuia.

Modificări asemănătoare se constată și în stîlîsul aortei care determină formarea unor plăci ce evoluează, transformându-se în cicatrice stelate caracteristice. În aceste cazuri toate reacțiile serologice sunt pozitive sau parțial pozitive.

CLINICA MEDICALĂ II CLUJ-SIBIU
Dir. Prof. Dr. I. Goia

RESUMÉ

Considerations sur deux cas d'aortite de l'âge jeune

On décrit deux cas d'aortite de l'âge jeune, qui ont les caractères suivantes: Se présentent chez deux jeunes gens qui ont moins de 19 ans, avec des douleurs retrosternales permanentes, avec des exacerbations paroxystiques, sans angor avec dispnée et des pulsations dans la fourchette sternale, dédoublement du 1^{er} bruit et l'augmentation modérée de l'aorte.

La différence entre les deux cas se trouve dans l'étiologie, l'évolution, et les caractères radiologiques différentes.

Dans le premier cas, les lésions sont dues probablement aux pneumocoques; l'aortite n'est pas associée avec

des lésions endo-miocardiques, l'aorte étant moins dilatée et de transparence normale. La malade ne présente pas des symptômes d'insuffisance circulatoire. Le pronostic est favorable.

Dans le deuxième cas les lésions ont avec la plus grande probabilité une nature rhumatismale, l'aortite étant associée avec des lésions endo-miocardiques. L'aorte est plus dilatée et plus opaque et présente des symptômes d'insuffisances circulatoires progressives et irréductibles. Le pronostic est défavorable.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über zwei Fälle von jugendlicher Aortitis

Es werden zwei Fälle von jugendlicher Aortitis beschrieben die folgende gemeinsame Charakteristiken aufweisen:

Sie erscheinen bei Leuten unter 19 Jahren mit permanenten Schmerzen hinter dem Brustbein welche sich paroxystisch verstärken, ohne Angor, mit Dyspnoe, Pulsation oberhalb des Brustbeines, Dedublierung des 1. Herztones und Versterkung des zweiten sowie mässiger Aortenverbreiterung.

Unterschiede: Im ersten Falle wurde die Krankheit wahrscheinlich von Pneumokokken verursacht, es bestehen keine Endo- und Myokardschäden, die Aorta ist wenig verbreitert und hat normale Schattendichte. Keine Kreislaufinsuffizienz. Günstige Prognose.

Im zweiten Falle handelt es sich um einen Rheumatismus. Die Aortitis ist mit Endo- und Myokardschäden vergesellschaftet. Die Aorte ist verbreitert und tiefer verschattet. Progressive und irreductible Kreislaufinsuffizienz. Schlechte Prognose.

Osteotomia subtrochanteriană și indicațiunea ei în pseudo-artroza colului femural

de

Zeno Șt. Borza, și Dr. Crișan I. Mircioiu
Conf. Univ.

Fracturile colului femural, după concepția lui P. Delbet, lăsate fără niciun tratament medical, evoluează în mod sigur către pseudo-artroză.

În realitate, unii autori, bazați pe statistici mari, au arătat că și în cazurile netratate, vindecarea se produce într-o proporție de aprox. 20%.

Diferitele procedee terapeutice (ortopedice sau operatorii) au dus la o ameliorare considerabilă a prognosticului afecțiunii. Totuși nici după procedeele de reducere ortopedică și nici chiar după intervențiile operatorii, cari ne stau la îndemână în tratamentul pseudo-artrozei colului femural, această complicațiune nu este cu totul excepțională.

Pseudo-artroza colului femural apare cu atât mai frecvent, cu cât nivelul fracturii este mai îndepărtat de trochanter. Fără a intra în amănunte asupra cauzelor locale sau generale ale pseudo-artrozelor colului, vom aminti că nu lipsa de consolidare în sine constituie propriu zis gravitatea acestei complicațiuni.

Intradevăr o serie întreagă de cazuri de pseudo-artroze strânse nu provoacă decât tulburări reduse din punct de vedere funcțional, împiedicând uneori puțin mersul, fără a fi însă dureroase și permițând astfel îndeplinirea în bune condițiuni a obligațiilor profesionale și sociale.

Epifiza = Epifizormon*(Extract total hidrosolubil de epifisă-fiola i.m.)***Stenopitan***(Extract total de ante și retrohipofisă dragele)***Prephysan S***(Hormon gonadotrop a 100u-fiola i.m.)***Retrofizîn***(Hormon ocitocic + myokinetic anti diuretic din retrohipofisă a 10u-fiola i.m. și pulbere priză)***Hipofisă****Tiroidă = Thyreocrin***(Extract total de tiroidă-dragele)***Suprarenală = Lipocorten***(Extract total liposolubil de corticosuprarenală-fiola i.m.)***Testicul = Testormon***(Extract total liposolubil de testicul-fiola i.m.)***Lipogyn***(Extract total liposolubil de ovar fiola i.m. și dragele)***Crinofolin***(Hormon folicular-foliculina fiola i.m. 1000u. 5000u. 10.000u. și dragele 1000u.)***Ovar = Calcifolin***(Gluconat de calciu 10% + hormon folicular 100u.-fiola i.m.)
(Lactat de calciu 0gr. 50 + hormon folicular 50u.-dragele)***Menofolin***(Polibromur 0g. 20 + lactat calciu 0g. 30 + hormon folicular 250u.-dragele)***Produse endocrino-terapice***prezentate de:**Societatea cooperativă a medicilor
„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu
Calea Griviței 67-Tel. 4.98.08.*

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub	de	10 à 0.30
" " "	"	20 à 0.30
" " borcane	"	100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate.
Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

O statistică a lui *Henderson* din Clinica lui Mayo, arată că 69% din bolnavii cari prezentau pseudo-artroza colului femural n'au fost operați, fie din cauza că unii dintre ei prezentau o vârstă prea înaintată, fie că operațiunea n'a mai fost indicată din cauza pseudo-artrozel strânse, permițând bolnavilor o funcțiune satisfăcătoare.

Dacă însă semnele clinice sunt evidente și funcțiunea membrului este grav compromisă, intervențiunea medicală se impune și ea va consta din aplicarea diferitelor aparate de proteză cu scopul de a asigura sprijinul, sau de a corecta o deformatiune la cazurile unde din cauza stării generale, psihice, sau a vârstei înaintate, intervenția chirurgicală este contraindicată; în toate celelalte cazuri intervenția operatorie este o necesitate imperioasă.

Metodele operatorii imaginate în tratamentul pseudo-artrozel colului femural pot fi grupate în:

- a) metode restauratoare și
- b) metode paleative.

De sigur că dintre aceste procedee, metodele cari urmăresc restaurarea anatomică sunt acelea cari prezintă cele mai mari avantaje; totuși aplicațiunea lor nu este posibilă în anumite cazuri, — și cazurile noastre sunt din acest punct de vedere foarte demonstrative.

Aceste cazuri, la cari nu se poate aplica o metodă restauratoare, selecționate cu grijă și fiind tratate prin unul din procedeele paleative, pot beneficia de o ameliorare considerabilă și uneori se pot obține rezultate funcționale nesperate.

În general se poate spune că indicațiunea pentru intervențiunile chirurgicale paleative rezultă din contraindicațiunile pentru metodele operatorii restauratoare.

Într-o observațiune a noastră, pseudo-artroza colului femural, survenită în urma unei fracturi transcervicale vechi, la un bărbat în vârstă de 36 ani, se manifesta din punct de vedere radiografic printr-o resorbție aproape completă a fragmentului distal al colului. Pe lângă acest aspect radiologic, bolnavul prezenta tulburări funcționale foarte pronunțate, datorite ascensiunii epifizei femurale și a înclinării exagerate a bazinului în timpul mersului (mers tip *Trendelenburg*).

În cea de a doua observațiune a noastră, ascensiunea fragmentului trochanterian precum și atitudinea în aducție a membrului inferior, constituiau tulburări cari compromiteau grav funcțiunea membrului inferior.

În acest de al doilea caz (un bărbat în vârstă de 27 ani), n'am reușit să reducem și să menținem fragmentele colului fracturat, deși am aplicat o extensie continuă trans-condiliană cu sârmă (*Kirschner*), mărinț greutatea de tracțiune până la 16 kg. Atitudinea de aducție s'a redus în schimb în mod simțitor.

Imposibilitatea de a obține o reducere a fracturii constituie o contraindicație absolută pentru operațiunile reconstructive și în special pentru metoda începutului

extra-articulare (*Met. Delbet*, *Sven Johannsen*), și din acest motiv, la acest din urmă caz, singura operațiune logică care se putea executa, a fost osteotomia subtrochanteriană.

În primul caz semnalat, din cauza rezorbției fragmentului distal, operațiunea de osteosintează restauratoare nu mai avea nicio șansă de reușită și astfel consolidarea ar fi fost cu totul exclusă.

Fractura propriu zisă și mai târziu lipsa de consolidare a acesteea, provoacă o modificare a unghiului de înclinare a colului femural, care în mod normal măsoară 128° .

Astfel fragmentul proximal devine de obicei orizontal — aspect observat pe radiografiile primului nostru caz — și între diafiza femurală și colul fracturat s'a stabilit un unghi mai mic: de 102° (1 caz), sau 105° (al 2-lea caz).

Printre cauzele locale care predomină, contribuind în largă măsură la lipsa de consolidare a fracturilor colului femural, este și această schimbare survenită în unghiul său de înclinare. Căci după cum afirmă *Böhler*, unul din factorii care favorizează formarea calusului este și suportarea unei presiuni intermitente, asemănătoare cu presiunea cu care este încărcat fiecare segment de os în condițiuni fiziologice normale. Dar această presiune intermitentă nu are acțiunea favorabilă amintită decât numai în cazul când ea se exercită în axul longitudinal al segmentului de os fracturat.

În fracturile colului femural, cu schimbarea unghiului de înclinare această presiune nu se mai exercită în axul longitudinal al colului, ci în sens oblic, având drept rezultat o alunecare a suprafețelor de fractură una asupra celeilalte.

Această mișcare de alunecare „de foarfece” împiedică formarea calusului și provoacă osificarea rapidă a suprafețelor de fractură în mod izolat, acestea devenind netede, mamelonate și dure ca fildesul.

Operațiunea de osteotomie subtrochanteriană a fost preconizată de *Lorenz*, *v. Baeyer* și *Schanz* ca operațiune paleativă, în pseudo-artrozele colului femural cu tulburări funcționale importante. Ea derivă din principiul operațiunilor cari au drept țință bifurcația extremității superioare a femurului (*Gabelungsoperation*).

Operațiunea osteotomiei urmărește scopuri multiple:

a) Ea urmărește refacerea unghiului anatomic de înclinare a colului femural, unghiul modificat în urma fracturii acestuia.

Prin refacerea acestui unghi, presiunea exercitată asupra fragmentelor se face în sensul axului longitudinal, favorizând astfel consolidarea leziunilor vechi de pseudo-artroză. Acest fapt a fost constatat de noi după 2 ani dela intervenție, la cea de a doua observație a noastră. Cazuri de vindecare a pseudoartrozel după osteotomie

subtrochanteriană au mai fost citate în literatură de Böhler și alții;

b) Operațiunea urmărește obținerea unui sprijin pelvian al membrului inferior, atât de necesar în special în pseudo-artrozele laxo ale colului. Acest sprijin se obține prin aducția ce se imprimă în cursul intervenției fragmentului superior trochanterian. Aducția trebuie să fie așa de pronunțată, încât micul trochanter să la contact prin intermediul părților moi cu ramura ischiopubiană. Prin obținerea acestui punct de sprijin se evită alunecarea epifizei femurale în sus în cursul mersului, atunci când membrul lezat se sprijinește pe sol.

Aducția pronunțată a fragmentului femural superior îndepărtează trochanterul (și deci punctul de inserție inferioară a fesierului mic și mijlocu) de punctul de inserție iliac al evantaiului fesier.

Prin aceasta se reface tonicitatea musculaturii care menține în echilibru bazinul în cursul mersului, evitând înclinarea acestuia și toate inconvenientele funcționale ce rezultă din această înclinare;

c) În fine la executarea operațiunii nu trebuie să ținem cont de starea anatomică a fragmentului proximal al colului, fapt care este de importanță capitală în operațiile restauratoare. Din acest motiv cei mai mulți autori și în special școala franceză — neacordând prea mare credit semnelor radiologice semnalate de Böhler ca surverane în cazurile de necroza capului femural — execută operațiunea de începere după artrotomie largă, ceea ce permite explorarea vizuală a vitalității fragmentului capital.

În operațiunea osteotomiei vindecarea pseudo-artrozei se poate produce, după cum am văzut. Ea are însă un rol secundar, căci tulburările funcționale sunt contrabalansate prin celelalte particularități ale procedurii.

În ambele noastre cazuri am executat osteotomia subtrochanteriană, urmând următoarea tehnică:

După executarea radiografiilor din față cu o rotație internă de 15° și a unei radiografii din profil, am stabilit precis unghiul dintre axul diafizel femurale și acela al fragmentului capital, care a fost de 102° la primul caz și de 105° la al doilea caz.

Sub anestezie rachidiană, după ce se imprimă membrului lezat o mișcare de abducție, se face o incizie longitudinală de 3 cm., pe fața laterală a coapsei, imediat sub nivelul marelui trochanter. Deasupra și dedesubtul inciziei am introdus două cule perpendiculare pe axa longitudinală a femurului, menținând o distanță de 14 cm. între ele. Prin plaga care interesează toate părțile moi până la planul osos, se introduce o dală, cu care secționăm diafiza femurală ușor oblic de jos în sus și dinafară înăuntru.

După ce am realizat secțiunea completă a osului imprimăm fragmentului osos superior o mișcare de

aducție prin intermediul culelor superioare de fixare. Această adducție se oprește în momentul când simțim o rezistență osoasă, rezistență ce corespunde sprijinirii micului trochanter la nivelul bazinului.

În acest moment se face din nou controlul radiografic. În primul caz adducția a necesitat un unghi de 26° , iar în al doilea caz de 23° .

Se execută sutura plăgii în două planuri. Se aplică șuruburile de fixare la nivelul culelor, care se imobilizează în poziția stabilită, printr'un dispozitiv de fixare.

Membrul inferior este imobilizat într'un aparat mare gipsat care se menține timp de 5 săptămâni.

După ridicarea aparatului gipsat am început să executăm mișcări pasive și apoi după 8 zile mișcări active, combinate cu masaj al articulațiunii genunchiului. După 10 zile am lăsat bolnavii să meargă.

Rezultatele obținute au fost surprinzător de bune în ambele cazuri. La 3 luni după intervențiile ambilor bolnavi au putut să umble în condițiuni bune, deși la primul caz am constatat o scurtare de 9 cm., iar la al doilea caz o scurtare de 6 cm. Această scurtare a fost compensată parțial cu plenge îngroșate. Durerile la nivelul articulațiunii au dispărut complet, de asemenea și semnul lui *Duchenne-Trendelenburg* la primul caz și semnul *Trendelenburg* la al doilea caz au devenit negative în stațiune ortostatică cu sprijin pe piciorul de partea leziunii. Mersul tip *Trendelenburg* a dispărut de asemenea. La examinarea mișcărilor artic. coxo femurale, constatăm o limitare a abducției la ambele cazuri și o limitare mai pronunțată a mișcărilor de flexiune a coapsei pe abdomen la cel de al doilea caz.

La controlul radiografic făcut tardiv (după 2 ani) la cel de al doilea caz am constatat disparițiunea imaginii lineare, denotând o consolidare a focarului de pseudo-artroză.

În rezumat putem spune că aceste două cazuri operate constituiesc două cazuri tipice de contraindicațiuni pentru operațiuni reconstructoare, dar în schimb favorabile pentru operațiuni paleative.

Menționăm în treacăt că traumatismul operator este mai mare la aceste operațiuni paleative decât la metodele începului extra-articulare. De asemenea durata imobilizării este mai prelungită. Din acest motiv credem că executarea lor la bolnavii în vârstă înaintată, comportă mai mult risc.

Fără de acest corectiv, rezultatele bune obținute de noi ne permit să credem că operațiunea osteotomiei subtrochanteriene constituie o metodă terapeutică foarte utilă în anumite cazuri riguros selecționate de pseudo-artroze a colului femural, cari au indicat operatorii precise.

RESUMÉ**Ostéotomie sous-trochantérienne**

En liaison avec deux cas opérés on expose les indications, les contreindications et la technique de l'ostéotomie sous-trochantérienne dans la pseudoarthrose du col fémoral.

ZUSAMMENFASSUNG**Die subtrochanterielle Osteotomie**

In Zusammenhang mit zwei operierten Fällen werden Indikationen, Gegenindikationen und Technik der subtrochanteriellen Osteotomie bei Pseudoarthrose des Schenkelbeinhalses besprochen.

Probleme de puericultură

Rezultatele unui an de activitate la un centru de puericultură rural

Metode de lucru

de

Dr. Eugen Nuțiu

medicul circumscripției Cetatea de Baltă

Deși au trecut mai mulți ani de când centrele sau dispensariile de puericultură rurale au luat ființă în scopul unei largi și eficiente protecții a sugarilor, deci ca o armă de luptă în contra mortalității infantile, încă până azi nu am văzut publicat în literatura medicală pe care am putut-o avea la îndemână, niciun rezultat asupra activității acestor dispensarii și asupra eficacității sau ineficienței metodelor utilizate în tehnica de lucru urmată.

Aceste centre de puericultură au, în mediul rural, o dublă menire: de asistență curativă prin recuperarea viciilor de copii care ar fi fost pierdute altfel, în lipsa unui tratament medical la timp și bine condus și de asistență preventivă prin controlul permanent al bunei dezvoltări a copilului, corectarea imediată a greșelilor în creșterea și îngrijirea lui și educația mamelor urmărind în scopul difuzării cunoștințelor asupra creșterii și îngrijirii copiilor în vederea prevenirii atâtor cauze de morbiditate și mortalitate care mai există la noi, tocmai din lipsa totală a cunoașterii regulilor elementare de puericultură.

Se știe că excedentul de populație se poate influența prea puțin sau aproape deloc, prin reducerea mortalității generale, această mortalitate fiind supusă unor condițiuni prea greu influențabile. El poate fi modificat, într-o măsură, prin prevenirea și combaterea epidemiilor și a bolilor sociale, dar o influențare evidentă se poate obține numai prin urcarea natalității și prin reducerea mortalității infantile, date fiind condițiunile speciale din acest domeniu dela noi. Aceasta cu atât mai mult, cu cât mortalitatea infantilă este un fenomen demografic, care se poate influența mai ușor decât oricare alt fenomen vital. Curba acestei mortalități scade prompt ori de câte ori se întrebunțează mijloace potrivite, bine susținute și bine aplicate în acest domeniu. De aceea credem necesară verificarea eficienței unui mijloc de reacțiune — centrul sau dispensarul de puericul-

tură — în organizarea și coordonarea factorilor ce-l putem avea la dispoziție în lupta pentru combaterea mortalității copiilor sub un an, cu atât mai mult, cu cât condițiunile speciale create de război au dus la scăderea natalității, scădere căreia încă nu i se pot aplica măsurile de redresare.

În circumscripția Cetatea de Baltă, înființată în anul 1940, centrul de puericultură a luat ființă, la sediul ei, imediat după primele începuturi ale organizării noului circumscripției, dar funcționarea normală a acestui centru nu s'a putut face din cauza concentrărilor aproape permanente a medicului titular. În luna Mai 1942, fiind desconcentrat și de atunci până azi funcționând permanent în circumscripție, s'a putut organiza și conduce sistematic și consultațiile centrului de puericultură la sediul acestei circumscripții. Activitatea desfășurată dela 1 Iunie 1942 până la 31 Mai 1943, precum și rezultatele obținute în acest interval de timp, împreună cu metoda de lucru urmată, este redată succint în rândurile ce urmează.

Numărul total al copiilor înscrși în acest timp este de 93. Acești copii au provenit din copiii care la 1 Iunie 1942 aveau vârsta sub un an și din nouii născuți pe care mamele lor îi prezentau la înscriere și la consultațiile dispensarului, la una săptămână, până la una lună după naștere. Numărul copiilor înscrși până la 31 Decembrie 1942, raportat la numărul tuturor copiilor sub un an aflați în comună, ne dă un procent de înscriși de 94,7%, pentru ca acest procent să crească la 100% în cursul anului 1943, deci pentru perioada de un an, procentul copiilor care frecventează dispensarul se ridică la 97,3%. Procentul de 5,3% a copiilor neînscrși este dat de Țigani din comună, care reprezintă un procent de 8,48% din populația comunei (132 suflete) și care nici în acest domeniu, ca de altfel în oricare altul, nu se pot încadra într-o acțiune utilă și disciplinată.

Acestor copii li s'au dat de către medic, un număr de 1481 consultații, dintre care 1376 la dispensar și 105 la domiciliu, revenind în medie, lunar, un număr de 123 consultații, iar de copii revenind în medie 2 consultații la lună. Cum însă un număr de copii, mai ales la începutul activității, urmau destul de neregulat la consultațiile de la dispensarul de puericultură, am putut înregistra la alții un număr de vizite, care a trecut chiar de 4 vizite lunare. Dacă repartizăm copiii după numărul zilelor de consultații urmate în cursul acestui an, avem următorul tablou:

Copii care au fost examinați

de 1—5 ori, în număr de	9,	decî	9,6‰;
" 6—12 " " " "	12,	"	12,9‰;
" 13—25 " " " "	15,	"	16,1‰;
" 26—38 " " " "	31,	"	33,3‰;
" 39—și peste, " " "	26,	"	24,5‰;

decî copiii care au fost vizitați lunar mai mult decît de 3 ori reprezintă un procent de 60,8‰, iar acei care n'au fost examinați decît odată sau de două ori numai, de 22,5‰.

Numărul de vizite este în strînsă legătură cu anotimpul. Luna în care dispensarul a fost frecventat de cel mai mulți copii, a fost luna August 1942, când au venit la consultații un număr de 42 copii, iar cel mai mic număr de copii înregistrați a fost în luna Ianuarie 1943, când abia au fost prezentați 21 copii.

Din numărul de 93 copii înscriși, 64 copii, adică 68,8‰, au prezentat, fie la înscriere, fie în timpul cât au urmat consultațiile, diferite afecțiuni, acute sau cronice, tulburările de nutriție și digestive fiind prezente cu un procent de 48‰, afecțiunile pulmonare cu 24‰, dermatitele diverse cu 17‰, afecțiunile otice cu 4‰, oculare cu 2‰, diverse alte afecțiuni cu un procent de 5‰. Toate aceste afecțiuni au fost luate în tratament, distribuind medicamente în 54,2‰, în celelalte cazuri dînd prescripții la farmaciile particulare, obținînd vindecări aproape în toate cazurile.

Principala preocupare a acestor consultații, chiar de la începutul lor, a fost însă asistența preventivă a copiilor sub un an. Pentru a vedea dacă scopul urmărit a fost atins sau măcar aprobat, este necesar de a arăta care a fost starea medico-socială și de nutriție a copiilor înscriși la data prezentării lor la centrul de puericultură și cum a evoluat această stare.

Din 44 copii prezentați până la 1 August 1942, 48‰ aveau îmbrăcămintea necorespunzătoare, 72‰ erau greșit înfășați, fiindu-le strîns legate picioarele, tot așa și mâinile, în lungul corpului, chiar la vîrsta de 4—6 luni, copilul neputînd face nicio mișcare liberă. Din anchetarea mamelor am putut stabili că bala copilului se făcea în mod foarte defectuos în aproximativ 60‰ din cazuri și anume unora li se făcea baie numai la

2—3 zile odată, altora de 2 ori la zi, unii erau spălați în gură cu cărpele de baie, din acest motiv am găsit multe cazuri de soor, cele mai multe mame puneau în vana copilului cărpele ude de urină cu care apoi îl spălau chiar și în gură. Dar cele mai mari greșeli se făceau în alimentație. Din acești copii 92‰ se alăptau în mod cu totul desordonat, punîndu-se la sân uneori tot la o jumătate de oră, alteori la 4—5 ore, criteriul fiind plînsul copilului. Dacă nu plîngea 4—5 ore, nu li se dădea să mănînce, în schimb dacă copilul plîngea se ținea ore întregi la sân ca să tacă. Unul procent foarte urcat, 38‰, din copii, li se dădea felurite mîncări din hrana obișnuită a adultului, chiar de la vîrsta de 3 luni, cum ar fi clorbele de fasole, jumări de ouă, ouă fierte, unt cu pâine și cu mămăligă, fasole și mazăre bătută, carne de porc, etc... și 12‰ din copiii între 8—12 luni au primit beuturi alcoolice, în special vin. Corectarea acestui fel de alimentație a fost una dintre cele mai grele acțiuni întreprinse în cadrul preocupărilor dispensarului de puericultură.

O cauză a atîtor turburări gastro-intestinale a copiilor este de sigur înțărcarea greșită, uneori de-a-dreptul dezastruoasă. Înțărcaatul copiilor se face cam între vîrsta de 10 luni și un an, uneori chiar la 8 luni și sistemul întrebunțat este de a separa pe mamă de copil pentru un timp de aproximativ 2 săptămîni. Pentru ca „să uite”, copilul este dus la una din bunice sau la vreo mătușă, iar acest fel de înțărcaare l-am constatat aplicat de 80—90‰ a mamelor.

Drept rezultat al acestor stări, am aflat la cei 44 de copii înscriși până la 1 August 1942 — ceilalți fiind înscriși deja după naștere la cel mult 1 lună, aceste defecte putîndu-se corecta de la început — un procent de 52‰ copii cu turgor slab, 16‰ cu turgor potrivit, și de abia numai la 32‰ din copii, turgorul a fost bun. Greutatea, în comparație cu tabelele lui Langstein, a fost găsită în 6‰ extrem de scăzută, în 38‰ sub greutatea normală, în 11‰ aproape de normal și numai în 45‰ greutatea a fost normală și uneori întrecînd cifra normală cu 2—500 gr. Talia, după tabelele date de Well, Comby și Sauvage, în general a fost normală, numai un procent de 8‰ al copiilor neavînd înălțimea potrivită vîrstei.

Alimentația artificială, tot mai frecventată și în mediul rural, a fost găsită la 6,4‰ din copii, cu totul neigienică și greșit aplicată.

Din acești copii, 43‰ au prezentat diferite afecțiuni — gastro-intestinale, pulmonare, dermatoze, etc. — chiar la data înscrierii lor.

Pentru ameliorarea acestor situații, au fost necesare măsuri imediate, de ordin protectiv și educativ, pentru ca să înceteze cât mai de grabă efectele desechilibrante a acestor factori nocivi asupra condițiilor necesare unei bune dezvoltări și normale întîrzieri a

**In afecțiunile inflamatorii acute ale căilor respiratorii
în special:**

pneumonie

abces pulmonar

broncho-pneumonie

pleurezie purulentă, etc.

apoi în septicemie

CAMFALCOL

camfor — alcool — glucoză

20—80 cc. pe zi după gravitatea cazului

ACITOPHOSAN

pentru combaterea gripei și răcelii

2—8 tablete pe zi

Pentru prevenirea complicațiilor pulmonare la adulți și copii

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

1—2 fiole pe zi profund intramuscular

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE fostă
GEDEON RICHTER

S.
A.
R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.03



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINOENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

vieții copilului. În acest scop am organizat consultațiile de puericultură în așa fel, ca ele să dea maximum de randament atât în asistența curativă, cât și în cea preventivă a copiilor.

În *asistența curativă*, am luat în tratament toate afecțiunile copiilor, supraveghind personal sau cu ajutorul moașei instruită în acest scop de noi, soră de ocrotire ne având în circumscripție. Afecțiunile parazitare, dermatozele, afecțiunile gastro-intestinale și pulmonare au fost tratate și strâns supravegheate. În cazuri grave moașa vizita zilnic copilul bolnav, execută singură prescripția medicală și zilnic raporta asupra stării copilului bolnav, care era cercetat și examinat și de medic ori de câte ori starea sănătății sale reclama intervenția acestuia. Cele 105 vizite la domiciliu sunt vizite făcute în vederea tratării gastro-enteritelor, pneumoniilor și broncopneumoniilor, precum și a altor stări grave de de boală. Tot în acest scop s'au distribuit copiilor medicamente și s'au dat injecții de Ol. camphorat, cafeină, calc. gluconat, etc. . . . , medicamente pe care le aveam la dispensarul circumscripției. În acest fel a fost tratat și îngrijit fiecare copil bolnav, iar mamelor li s'a spus, dela început, că sunt obligate a anunța imediat orice copil care se îmbolnăvește și că ele sunt răspunzătoare de orice neglijență în executarea dispozițiilor medicului. Concursul lor a fost însă foarte mulțumitor, iar rezultatul acestei acțiuni a fost că am obținut vindecări aproape în toate cazurile, plerzând din 93 copii înscriși până la 31 Mai 1943, numai un singur copil, D.S., care la vârsta de 11 luni și 25 zile, face o broncopneumonie prostgripală cu o enterită mucoasă, din care, cu toate eforturile, nu s'a mai putut salva.

Asistența preventivă, având drept scop ocrotirea copilului și înlăturarea cauzelor care duc la creerea acelui dezechilibru a factorilor de ordin biologic, medical, social, economic, cultural, educativ, factori care în împrejurări favorabile condiționează prietnic dezvoltarea copilului, s'a dezvoltat în 2 direcțiuni convergente: 1. educarea mamelor și 2. controlul individual al igienei și îngrijirii raționale a copilului, cu descoperirea oricărei cauze care produce o perturbare în normala lui dezvoltare și imediata ei înlăturare.

I. *Educația mamelor*: în vederea unei acțiuni de durată și pentru o difuzare cât mai larg posibilă a regulilor elementare de igienă și de alimentație corectă a sugarilor, cu scopul de a infiltra adânc în conștiința mamelor aceste reguli, am ținut, la începutul fiecărei săptămânale de puericultură, câte o disertațiune, un fel de convorbire, cu care ocazie, timp de 10 minute, cel mult 15, expuneam un capitol al igienei și îngrijirii copilului. În felul acesta au fost expuse, în cursul a 47 asemenea convorbiri, convingător și pe înțelesul mamelor, toate problemele de îngrijirea și creșterea copilului, începând cu importanța problemelor din

punct de vedere național, continuând cu îngrijirea mamelor și a copilului în prima săptămână după naștere, cu îmbrăcatul, înfășatul, odihna, camera copilului, îmbrăcăminte sezonieră, alimentația naturală, mixtă și artificială, pericolul alimentării dezordonate a copilului, bolile de nutriție, bolile digestive, dietetica în aceste tulburări, boli sezoniere — enteritele, pneumoniile — bolile infecțioase, dentițiunea, terminând cu înărcatul, problemă îndeosebi de serioasă la țară, arătând în legătură cu acest capitol întreaga problemă a regimului copil sănătos și normal dezvoltat până în momentul completării înărcării. Expunerea acestor probleme nu a ocupat toate cele 47 de ședințe, dar după terminarea lor, problemele au fost reluate dela început pentru mamele cu copii înscriși ulterior începerii lor, precum și pentru repetarea continuă a acestor reguli elementare de puericultură în scopul unei mai bune și mai convingătoare aplicări a lor.

Tot în vederea acestui scop, expunerile noastre au fost însoțite de un număr de 10 demonstrațiuni practice, demonstrațiuni făcute sub îndrumarea și controlul nostru, de către moașa de Stat, care, având norocul să fie o moașă pricepută, ne-a fost de cel mai mare folos. Au fost demonstrate practice, în fața mamelor: 1. Bala copilului; 2. Înfășatul copilului; 3. Îmbrăcarea copilului; 4. Prepararea amestecului de apă-lapte-zahăr în alimentația mixtă și artificială; 5. Prepararea grîșului cu lapte; 6. Prepararea supel cu făinuri; 7. Prepararea supel cu zarzavaturi; 8. Prepararea laptelui cu Larosan; 9. Prepararea pireului de cartofi și morcovi; 10. Prepararea mlezului de mere în tratarea diareelor sugarilor. Materialul a fost adus în parte de mame și folosit de copiii lor, în parte a fost dat de dispensar (zahăr, grîș) și în parte de medic.

II. *Controlul individual al copilului* se făcea, după terminarea expunerilor și demonstrațiunilor precedente, odată la săptămână. Copilul era desbrăcat, se făcea inspecția generală în care timp se luau informațiuni asupra stării lui din cursul săptămânii, se căuta apoi îmbrăcăminte, înfășatul, starea de curățenie, tegumentele, turgorul, tonusul muscular, expresia feței, buna dispoziție, atitudinea, observând respirația, forma și simetria toracelui, abdomenului, membrelor, forma și dimensiunile fontanelor, dentițiunea, elemente după care, cu oarecare experiență, în timp de câteva minute, putem avea o înțelegere a stării de sănătate a copilului. După această inspecție copilul se cântărea și i se lua talia. Dacă în urma acestor examinări se constata că starea igienică și dezvoltarea este normală, se complectau expunerile generale date cu ocazia disertațiunilor amintite, cu sfaturi potrivite constituției și vârstei copilului respectiv și întotdeauna se aducea cuvânt de laudă, de ambliționare a mamei, copiii în deosebi de bine îngrijii se aduceau chiar de exemplu tuturor ma-

melor, pentru a crea astfel o emulație, o întrecere între mame în mai bună îngrijire a copilului, factor de o reală importanță la toate clasele dar mai ales în mediul rural și dela care, dacă este potrivit și bine aplicat, se pot sconta foarte bune rezultate.

În cazul unde igiena sau dezvoltarea copilului nu era cea normală sau când copilul era bolnav, se căuta întotdeauna cauza perturbării respective, sau printr'un examen clinic sistematic, se stabilea diagnosticul bolii, aplicându-se fie măsurile de igienă sau dietetică, fie tratamentul în consecință, urmând a supraveghea copilul până la completa lui revenire sau vindecare.

Tot cu această ocazie se împărțea îmbrăcămintea, zahărul, săpunul și alte asemenea articole, primite dela Serviciul Sanitar al județului.

Pentru toate aceste examinări și măsurile, rareori ne-a trebuit un timp mai îndelungat de 10 minute.

În felul acesta am reușit să avem în permanent și apropiat control fiecare copil și să formăm o stare de reciprocă încredere între medic și mame, încredere care, prin intermediul acestor mame s'a extins la toată populația din comună, contribuind și ea, pe lângă alte acțiuni, la creșterea celui climat prielnic și necesar medicului sanitar în activitatea lui multiplă și permanentă în mediul rural.

Consecința acestui fel de acțiune în cadrul centrului de puericultură, a dat rezultate dintre cele mai bune. Din 93 copii înscrși până la sfârșitul lunii Mai 1943, am pierdut un singur copil, deci o mortalitate de 1,7%, acest copil sucombând în luna Septembrie 1942, până când în anul 1943, fiind deja aproape de jumătatea lui, nu am înregistrat încă niciun caz de moarte. Mortalitatea copiilor care nu au frecventat dispensarul în anul 1942, pentru perioada de timp dela 1 VI.—31 XII. 1942, a fost de 13% și anume un copil de 9 luni și 4 zile, mort în ziua de 5 Iunie și 2 copii de câte 15 zile fiecare, născuți debili, fără ar fi înscrși nici unul la centrul de puericultură.

Dacă raportăm această mortalitate la mortalitatea din comună pe ultimii 4 ani, care a fost de 19% în anul 1937, de 18,1% în 1938, de 18,9% în 1939, de 11,9% în 1940, de 10,4% în 1941 și de 25% pentru perioada de timp dela 1 Ianuarie — 1 Iunie 1942, când încă nu a funcționat acest centru, rezultatele bune a activității lui sunt suficient de evidente. Dacă am raporta rezultatele noastre la mortalitatea infantilă pe circumscripție, aceste rezultate ar fi și mai concludente.

Calitativ, condițiile în care se prezintă copiii, sunt și mai bune. Cercetând greutatea lor, la data scoaterii din evidență, deci la împlinirea vârstei de un an, precum și a celor care frecventează încă în prezent consultațiile de puericultură, constatăm că numărul copiilor cu greutatea subnormală a scăzut dela 44% cât era la început, la 9%, dar și această greutate este mai scăzută față de tabela lui Langsteln numai cu 3—400 gr. Din acești copii, 3 erau la înscrierea lor, extrem de debili, anume băatul C. J., înscrși la vârsta de 1½ luni, având atunci greutatea de 2800 gr. și lungimea de 51 cm., azi, la vârsta de 11 luni, are 8550 gr., iar lungimea de 71 cm., sănătos și cu aspect eutrofic, deși dela data înscrierii până azi a avut o stare gripală, de trei ori bronșită și odată enterită; băatul S. M., înscrși la vârsta de 1 săptămână cu greutatea de 2700 gr. și 49 cm. lungime. Azi la vârsta de 10 luni, deși a trecut peste 2 stări gripale și o bronșită în acest interval de timp, are greutatea de 7350 gr. și lungimea de 68 cm. cu aspect eutrofic bun, iar al treilea, o fetiță, R. V., înscrși la vârsta de 4 luni cu 2300 gr. greutate și 49 cm. lungime, are azi, la vârsta de 11 luni, după grele eforturi, trecând peste două gastroenterite, greutatea de 7250 gr. și 67 cm. lungime. Starea ei este tot deasă, dar sperăm ca printr'o supraveghere permanentă să se poată salva și readuce la stare normală.

În ceea ce privește morbiditatea, constatăm o scădere, observată în cursul anului 1943. Afecțiunile digestive am întâlnit numai într'un procent de 7% din totalitatea copiilor, pulmonare și gripale în 12%, iar afecțiunile tegumentare au dispărut aproape complet.

Remarcăm observația ce am făcut-o că mamele tinere, la primul sau al doilea copil, sunt mult mai educabile, mai receptive față de îndrumările ce li-se dau, iar rezultatele cele mai bune au fost obținute tocmai la copiii acestor mame.

În cursul celui de al doilea an de activitate, datorită faptului că natalitatea a scăzut și în comuna Cetatea de Baltă, ca și în alte părți, deci numărul copiilor înscrși la consultațiile de puericultură se micșorează, având astfel mai mult timp disponibil, vom întreprinde, pe lângă continuarea programului stabilit mai sus, un examen sistematic al tuturor mamelor, știut fiindcă starea sănătății materne este un factor de mare importanță prin repercusiunile ce le poate avea fie în bine fie în rău, asupra calităților biologice a descendenților.

Din activitatea de ocrotire și asistență a Consiliului de Patronaj local din comuna Codlea

— Căminul de zi —

de

Dr. I. Stoia, Med. Circ. Codlea

În împrejurările pe care le trăim astăzi, opera de ocrotire și asistență trebuie intensificată la maximum și aceasta nu numai pentru a alina durerile celor mulți și nevolăși, ci și pentru ridicarea potențialului moral și biologic al națiunii.

Opera aceasta de înaltă datorie patriotică, cere însă multă muncă, perseverență și mai presus de toate, o deosebită înțelegere a acestor probleme.

Sunt unele popoare la care ajutorarea și ocrotirea celor nevolăși sunt deja demult socotite între primele îndatoriri ale cetățeanului față de colectivitate.

La noi această operă, până la începutul războiului trecut, nu a cunoscut decât proporții cu totul modeste. Războiul actual, cu toate consecințele lui, ne-a dăruit însă din prisosință ce mare importanță are organizarea și executarea ei metodică.

Unele din consiliile locale de patronaj au înțeles acest lucru și de aceea realizările lor în acest domeniu sunt dintre cele mai frumoase și îmbucurătoare.

În comuna Codlea funcționează un astfel de comitet, al cărui membri sunt pătrunși de un înalt spirit al datoriei împlinite, din care cauză activitatea lui este rodnică și plină de realizări.

Una dintre aceste realizări, asupra cărora vreau să insist, este *Căminul de zi*.

Comuna Codlea fiind un centru industrial destul de important, a atras peste 60 de familii de refugiați din Ardealul de Nord, pentru ca angajându-se în fabricile din localitate, să-și poată câștiga existența. Multe dintre aceste familii au copii numeroși, majoritatea aparținând epocii preșcolare și școlare. Consiliul de patronaj local, sesizându-se de starea materială precară a acestor familii, s'a hotărât să le vină în ajutor, dându-le tot sprijinul posibil. Și de aceea la începutul lunii Iulie anul 1942, a înființat un *Cămin de zi*, frecventat de 35 copii de refugiați între 2 și 8 ani.

Prin înființarea acestui cămin s'a urmărit un dublu scop:

1. Să se asigure un traiu omenesc și o mai bună dezvoltare fizică acestor copii.

2. Să se dea posibilitate părinților să muncească liniștiți în fabrici sau în alte părți unde au fost angajați, știindu-și copiii supravegheați și asistați.

Organizarea și funcționarea Căminului

S'a ales ca sediu al acestui cămin școala primară de Stat, care a fost cea mai potrivită acestui scop, aflându-se situată la poalele muntelui *Măgura Codlei*, sub pădure de brad, lângă parcul comunei, departe de industrii și de șosele și străzi cu circulația prea mare. Aerul din acest loc este deci lipsit de praf, fum și miros, lucruri dăunătoare sănătății copiilor.

Școala dispune de o curte de joc spațioasă. În școală se află o bucătărie bine utilată, o sală de mese spațioasă și dotată cu toate cele necesare — destinate cantinei în decursul anului școlar.

Tot în localul școlii, într-una din sălile disponibile și corespunzătoare, s'a amenajat un dormitor cu 10 paturi.

Școala are closete igienice și sistem igienic de alimentație cu apă.

Pentru ca acest cămin să funcționeze în bune condiții, membrele Consiliului de Patronaj și-au luat angajamentul să facă de serviciu în cămin, cu rândul, ajutate fiind de câte o elevă extrașcolară sau de liceu, care își făceau munca de folos obștesc. Iar ca masa să fie bine pregătită și pentru ca igiena localului să nu sufere, au fost angajate o bucătăreasă și o femeie de serviciu.

Căminul s'a deschis zilnic — afară de Duminică — la ora 7,30 dimineața, ca să funcționeze până la orele 19, când copiii erau îndrumați acasă, în sânul familiilor.

În prima zi a deschiderii, fiecare copil a fost examinat medical amănunțit, pentru a depista eventuale boli transmisele, fiind restul copiilor de contagione.

În urma acestui examen, am putut înregistra următoarele afecțiuni:

6 copii cu debilitate fizică și anemie	17,1%
3 " " impetigo al feții	8,5%
2 " " scabie	5,7%
1 copil cu trihofitie a feții	2,8%
5 cari dentare pronunțate	14,2%

Am luat măsuri imediate de izolare și de tratament a bolilor transmisele, care s'au făcut la domiciliul bolnavilor.

Sora de ocrotire a inspectat aceste familii, și acolo unde și alți membri au fost găsiți bolnavi, s'au tratat în consecință.

În urma tratamentului indicat și executat de sora de caritate, vindecările au fost rapide și după o săptămână maximum copiii au revenit în cămin.

După examenul medical, în bala școlii, toți copiii au făcut baie caldă, lucru ce s'a repetat săptămânal.

Un adevărat program educativ nu am avut, deoarece a lipsit personalul de specialitate, — conducătoarele de grădiniță fiind în concediu.

Totuși fiecare membră din comitet, ajutate de e'eve, și-au dat toată silința, ca în timpul frumos copiii să facă mici excursii prin parc și pădure, jocuri și plaje pe nisipul adus special pentru acest lucru, în curtea școalei, iar pe timp nefavorabil un program mai redus, care consta din jocuri și cântece, s'a executat într-una din clase.

Înainte de fiecare mesă, copiii erau obligați să se spele pe mâini, iar în timpul mesei erau supravegheați, ca să mănânce curat și ordonat. După masa de prânz cei mai mici și debili dormeau în camera amenajată pentru dormitor.

Inspekția corporală a copiilor am făcut-o periodic, sora de ocrotire și sora de caritate au vizitat aproape zilnic acest cămin, interesându-se de sănătatea copiilor, dând sfaturi de igienă în toate clasele când a fost nevoie.

Consiliul de Patronaj a depus toate eforturile ca să se servească o masă cât mai substanțială. S'au servit 3 mese principale la zi. Dimineața întotdeauna s'a dat lapte.

Rezultatele au fost dintre cele mai îmbucurătoare, hrana fiind suficientă și condițiunile de igienă păstrate, s'a favorizat o bună dezvoltare fizică.

Căminul s'a închis la începutul anului școlar, când o mare parte dintre cari l-au frecventat, urmând grădinița sau școala primară, au continuat să ia masa la cantina școlară.

Funcționarea unui astfel de cămin, pentru copiii familiilor sărace, cari nu pot aduce nicio contribuție, reclamă eforturi materiale destul de mari.

Greutățile începutului însă fiind învinse, a fost pentru noi toți un îndemn și o încurajare pentru acțiunea care a trebuit să o desfășurăm în anul acesta, când orfanii de război, copii de mobilizați și refugiați, a căror număr a crescut, trebuiau să fie asistați și ocrotiți.

Redeschiderea Căminului s'a făcut în 16 Iunie 1943 cu 70 copii, între doi și opt ani, dintre cari 38 copii de refugiați.

Condițiunile în cari s'a deschis căminul în acest an au fost cu totul altele. Min. Sănătății și al Culturii Naționale, interesându-se de organizarea și bunul mers al acestui Cămin, au hotărât ca partea educativă să re-

vină învățătoarelor de igienă sau conducătoarelor de grădiniță.

La căminul nostru a fost numită o conducătoare.

Ca local s'a ales tot școala primară de Stat. Una dintre sălile mai mari de clasă a fost aleasă ca dormitor și aici s'au instalat 45 paturi priante, procurate de serviciul sanitar județean.

Pentru instrucția în timp plotos, s'a amenajat o sală spațioasă, cu materialul didactic dela grădiniță.

Crucea roșie „Subfiliala Codlea” a făcut 50 șorturi uniforme, care au fost repartizate copiilor mai sărmani, lipsiți de îmbrăcăminte corespunzătoare.

Căminul a început prin examenul medical al copiilor, completându-se de data aceasta fișe individuale, în cari s'au trecut toate datele familiare și particulare ale copiilor. După examenul medical toți copiii au făcut baie. Boli epidemice nu s'au găsit. S'au aflat însă următoarele boli și defecte fizice :

Debilitate fizică și anemie	15	21,4%
Carii dentare	28	40,0%
Amigdale hipertrofiate	5	7,1%
Impetigo	2	2,8%
Scabie	2	2,8%
Tricofitie	1	1,4%
Otită medie	2	2,8%

Au fost și câteva cazuri cu paraziți, însă s'au luat măsuri de deparazitare, atât a copiilor, cât și a familiilor lor.

Tratamentul celor cu scabie, impetigo și tricofitie s'a făcut la domiciliul lor, de sora de caritate. Celelalte afecțiuni au fost tratate la Dispensar.

În programul educativ partea igienică s'a bucurat de cea mai mare atenție. Dimineața la intrarea copiilor în cămin, s'a făcut inspekția corporală, lucru de altfel ușor, deoarece majoritatea trebuiau desbrăcați de hainele lor și îmbrăcați cu șorturile uniforme. Acel cari au fost găsiți murdari, erau puși să se spele.

Înainte de fiecare mesă spălarea pe mâini era obligator. Tot obligator era bala săptămânală. Destul de des se spălau și uniformele pentru a nu se îmbrăca copii cu ele murdare. Igiena localului a fost întotdeauna bine păstrată, fiind un model de curățenie.

Partea educativă, s'a făcut în marea ei majoritate în aer liber, profitând de timpul frumos din vara aceasta.

Conducătoarea, din cauză că numărul copiilor era mare și întrecea puterea ei de supraveghere și educație, a fost ajutată de fete extra-școlare și eleve de liceu, care își făceau munca de război.

Programul n'a fost prea încărcat și rigid. S'a făcut mai multe excursii în împrejurimile școalei, dansuri, cântece, plaje, iar în timp plotos copii se distrau cu obiectele de joc, aparținând grădiniței.

Sulfamidă cu toleranță optimă

SULFORONIN Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree - Pneumonie - Meningită - Strepto-
Stafilococie - Colibaciloză - Dizenterie

Tuburi cu 20 tablete à 0,5 gr.

Desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Expectorant

Recalcifiant

ERIGON Dr. WANDER SIROP

Sulfogaiacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiți

Bronșite cronice și subacute
Bronșectazii Tuberculoză

Pneumonie

Bronchopneumonie

Gripă

Profilactic după operațiuni

PULMOSEPT „SAPIC”

Chinină 0.10
Camforă 0.10
dizolvate în uleiuri eterice

Fiole de 2 cmc. pentru injecții intramusculare

Mostre și literatură trimite la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni

ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

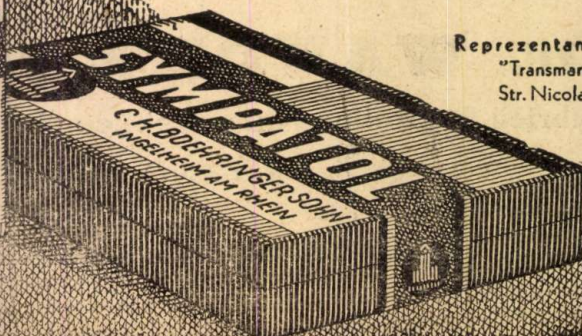
Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanță:

„Transmare” S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Golescu 15, București III



Pe lângă educație, s'a dat toată atenția hranei, căutând să fie bine pregătită și suficientă sub toate rapoartele. S'a servit zilnic trei mese principale: Dimineața cafea cu lapte, la prânz două feluri de mâncare și seara un fel sau două. După masa de prânz, copiii mai mici și debili, dormeau câte două ore în dormitor.

Morbiditatea copiilor în timpul funcționării căminului a fost redusă. Boli cu caracter epidemic nu s'au declarat. S'a constatat totuși următoarele cazuri de îmbolnăviri:

Bronșite	4	"		5,7%
Enterite ușoare	3	"		4,2%
Pneumonle lobară	1 caz			1,4%
Enterită disenteriformă	2 cazuri			2,8%

Dintre acestea, numai cazul cu pneumonie și cele cu enterită disenteriformă au fost imobilizate la pat, din care cauză n'au putut frecventa căminul timp mai îndelungat, până după vindecarea lor. Restul bolnavilor au fost tratați în mod ambulant, fie la dispensar, fie chiar la cămin.

Căminul a funcționat tot timpul verii și s'a închis la începutul anului școlar, când și de astă dată, o mare parte dintre copii, frecventând grădinița sau școala primară, au continuat să la masa la cantină.

Rezultatele acestui cămin de zi au fost excelente, avându-se în vedere că în epoca de creștere a copilului,

o alimentație defectuoasă și lipsa de igienă, lasă urme adânci, care se observă nu numai în epoca școlară, dar chiar și în anii care urmează.

Pe lângă o bună supraveghere și educație, în urma unei alimentații substanțiale pe care au primit-o, majoritatea copiilor au crescut în greutate.

Din fișele lor, completate la închiderea căminului, reiese următoarele date:

		au câștigat în greutate	
24 copii, adică 34,2%		până la 500 gr.	
28 " "	40 %	dela 501 până 1000 "	
13 " "	18,5 %	" 1001 " 2000 "	
5 " "	7,1 %	n'au câștigat în greutate, sau	
		chiar au pierdut, din cauză că au fost bolnavi.	

Consiliul de Patronaj a întâmpinat greutăți serioase în susținerea acestui cămin, însă toți membrii săi fiind convinși, că ocrotirea acestor copii, cea mai valoroasă bogăție a Neamului, este un Imperativ național, au pus umăr la umăr și prin colecte și danți s'a adunat alimente și bani, așa că bunul mers al căminului n'a fost stânjenit.

Toți oamenii de bine și au dat obolul lor, verificându-se și de astă dată simțul de solidaritate națională al românului, și aderența flecăruia cu Neamul și cu durerile lui.

Societăți medicale

REUNIUNEA ANATOMICĂ

Ședința I-a din 4 Decembrie 1943.

Prezidează: PROF. Dr. T. VASILIU.

Ședința de deschidere a „Reuniunii Anatomice” dela Cluj.

Prof. Titu Vasiliu schițează planul de lucru și cadrele acestor întruniri.

Iată în rezumat cele spuse: În ziua de astăzi, de 4 Decembrie, Reuniunea Anatomică din Cluj își reia activitatea, întreruptă în cei 3 ani de refugiu, cât timp a avut ședințe comune cu Societatea Științelor Medicale și cea de Ginecologie și Endocrinologie. A chemat la această ședință pe toți colegii și colaboratorii lor, pentru a fixa activitatea pe anul viitor. D-sa cu această ocazie a fixat felul de a înțelege a acestor Reuniuni, preocupările ei necorespunzând strict titlaturii propriu zise, care este un nume tradițional, istoric, însemnând doar o continuare a fostei „Societăți Anatomice” condusă de Victor Babeș timp de 40 ani în capitala țării, unde s'a adus fructul cercetărilor în domeniul Anatomiei Patologice, Anatomiei normale, bacteriologiei și istologiei patologice.

Profesorul Vasiliu, întemeietorul la Cluj a acelei Societăți, arată felul cum înțelege D-sa, împreună cu profesorii dela Cluj: Hațieganu, Papiian, Kernbach, Urechia, Michail, Goia, Buzoianu ș. a., scopul acestor întruniri. Este discutarea unor cazuri clinice, studiate de clinicieni cu toate metodele de investigație ale fizio-

logiei patologice, unde examenul final „post mortem” dă ocazia completării cazului prin metodele anatomiei și istologiei patologice, adăugând și cele bacteriologice și chiar experimentale, pentru a putea merge la sinteza fenomenelor patologice, în vederea studiului „patogenezei” boalelor, țelul cel mai scump al patologiei generale. Aici fiziologia patologică se întregește cu anatomia patologică, care nu este decât o parte din boală. Numirea cea mai potrivită ar fi de „Reuniunea de studii patogenetice prin anatomia și fiziologia patologică”. Numirea se menține cea veche, dar cuprinsul se va da așa cum s'a făcut de 20 ani la Cluj, și în sensul celor arătate.

1. Profesor Dr. Titu Vasiliu și Dr. Roman Ioan: Cancer al papilei lui Vater (94 I. A. P.).

Un bărbat de 52 ani. A fost internat în Clinica I Medicală în 11 Nov. 1943. Boala a evoluat timp de 2½ ani cu icter intermitent, vărsături postprandiale și dureri în etajul superior abdominal. În 18 Nov. este operat în Clinica chirurgicală. La operație, bănuindu-se un cancer al capului pancreasului, i se face G. E. A. D. În 24 Noembrie sucombă cu diagnosticul: Neoplasm al capului pancreasului. Azotemie.

La autopsia făcută în 25 Noembrie, la nivelul papilei lui Vater se găsește o formațiune tumorală, cu aspect papilomatos, care înconjoară, ca un manșon lumina duodenului, pe o întindere de aproximativ 6—7 cm. Mucoasa duodenală, care formează papila lui Vater, este îngroșată, formând un inel proeminent în jurul deschiderii canalului coledoc. Canalele biliare și pancreatice sunt

foarte dilatate însă permeabilitatea lor nu este compromisă. Nu se găsesc metastaze. Se face diagnosticul de carcinom al papilei lui Vater. Examenul istologic arată o tumoare formată din formațiuni papilomatoase abundente, având un ax conjunctiv bogat vascularizat pe care sunt dispuse celule cilindrice fără caractere vândite de atipie, însă prezentând un pronunțat caracter de tachimiază a nucleilor.

Este unul din cazurile, care se încadrează perfect în categoria celor descrise de Borrmann, ca aparținând papilei lui Vater, fiind o tumoare plecată dela mucoasa duodenală care formează papila. Și tabloul macro- și cel microscopic sunt caracteristice. Evoluția clinică, cu icter intermitent este de asemenea de remarcă, ca un simptom oarecum patognomonic pentru carcinoamele papilei lui Vater. De remarcă și evoluția concomitentă cu o tuberculoză pulmonară, găsită în acest caz în ambii lobi superiori. Două astfel de cazuri a descris și Borrmann. Prof. Dr. Vasiliu și Dr. Radu Petru au descris în 1938 un caz similar, așa, că cel de față ar fi al doilea din totalul de 5 cazuri de carcinoame ale papilei lui Vater, găsite în Inst. de Anat. Pat., la peste 6000 de autopsii.

2. *Profesor Dr. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Cancer al stomacului cu carcinoză ganglionară și tumori Krukenberg* (109 S. P.). Cazul a fost comunicat și la ședința Societății Științelor Medicale din 19 Nov. a. c. Se va publica „in extenso”, ca articol.

3. *Profesor Dr. Titu Vasiliu: Limfogranulomatoza ficatului* (76 I. A. P.).

Un bărbat de 47 ani, suferind de 2 ani de turburări gastrice și hepatice, fiind și un vechiu tuberculos, de 20 ani. Ficatul mare. La pipăitul rectului se constată mase ganglionare în laturile rectului. Simptomele actuale durează de un an. Bilirubinogen în urină.

La autopsie se constată un ficat mare de 4 kgr. cu noduli cenușii-gălbui, de mărimea unei alune sau ceva mai mari. Peretele bazei biliare cât și a canalelor hepatice mari sunt îngroșate și transformate într-un țesut omogen, asemănător cu al nodulilor aflați. De-a-lungul canalelor biliare și a vinei portă, se văd cordoane groase din aceeași substanță, care merge în profunzimea ficatului.

Histologic, este un țesut granulomatos caracteristic pentru boala lui H. P. S., pe care s'a făcut diagnosticul. În spațiile lui Kiernan sunt infiltrații celulare cu celule gigante, constituind o hepatită limfogranulomatoasă. Este o formă extrem de rară de limfogranulomatoză a bazei biliare și a ficatului, cum nu se găsește decât câteva cazuri în literatura medicală. De remarcă, histologic este o intumescență în grad mare a celulelor hepatice, chiar acolo unde nu sunt noduli limfogranulomatoși; o hepatită limfogranulomatoasă.

4. *Profesor Dr. Titu Vasiliu și Dr. Roman Ioan: Cancer renal cu metastaze pulmonare și tromboză a vinei cave* (88 I. A. P.).

Un bărbat de 46 ani internat în Clinica I Medicală în 31 Octombrie 1943. Boala a început înainte cu trei luni, cu o slăbire a forțelor fizice și dureri în etajul superior al abdomenului. La examenul obiectiv prezintă o dispnee foarte gravă, un puls mic și un edem pronunțat al membrului inferior stâng. Sgomotele cardiace surde. Leucocitoză 33.000. Hematii 2.900.000. T. A. 8½—7. Sucombă în 2 Noiembrie 1943 cu diagnosticul: Cancer renal stâng cu metastaze pulmonare.

Autopsia arată un cadavru foarte emaciat, subicteric, cu membrul inferior stâng tumefiat și cianotic. În ambii plămâni și în ganglionii traheo-bronșici se găsesc noduli metastatici carcinomatoși. În cavitatea pericardică o cantitate de 10 cmc. lichid purulent. Rinichiul stâng este transformat aproape în întregime într-o masă tumorală de culoare variată, în majoritate albă, având și porțiuni galbene, iar pe alocuri negricioase hemoragice. Vâna cavă inferioară, precum și ambele vine iliace sunt astupate pe toată întinderea lor, de un tromb, puternic aderent de pereții acestor vase și alcătuit din porțiuni suprapuse de fibrină și globule roșii. Examenul histologic al tumorii, arată structura unui carcinom renal cu celule limpezi, forma tubulo-papilară. Se citează în literatură tendința acestor cancere renale de a favoriza formarea de tromboze, în cele mai multe cazuri chiar cu celule tumorale. În cazul de față examenul histologic nu a arătat prezența acestor celule în tromb. Factorul mecanic, de compresie, la care s'a adăugat cel infecțios din ultimul timp, ar explica în cazul de față, tromboza întinsă care s'a găsit și care constituie caracteristica și mărește interesul cazului.

Revista cărților

Tratat de medicină socială, Volumul II. — Maternitatea. — Prima vârstă. — Medicina școlară. De Prof. Dr. G. Banu. — 690 pagini. Casa Școalelor. București, 1944.

Abia la o lună interval după primul a apărut deja al doilea volum a vastului Tratat de medicină socială a d-lui Prof. Banu, ceea ce demonstrează că în scurtă vreme vom putea constata cu mare satisfacție apariția întregului acestui excelent Tratat în 9 volume.

Actualul volum cuprinde 4 capitole importante din cadrul Medicinii Sociale: medicina socială a maternității, a primei vârste, a vârstei preșcolare, a vârstei școlare.

În cadrul medicinei sociale a maternității se tratează următoarele probleme:

I. Importanța socială a maternității;

II. Patologia socială a maternității: A) *Factori medicali*: Înăurirea sarcinii asupra unor stări patologice; Stări patologice provocate de sarcină; Bolile sociale în legătură cu sarcina (sifi-

lisul, tuberculoza, alte boli); Factori patologici în timpul sarcinei (distocii, accidentele facerii); Factori patologici post-partum;

B) *Factori sociali*: Rasă și națiune; mediul (urban sau rural); gradul de cultură; alimentația; starea civilă a mamei; vârsta mamei și multiparitatea; factori economici și profesionali;

C) *Problema avorturilor*: spontane și criminale.

III. *Statistica maternă*: Morbiditatea maternă, mortalitatea maternă.

IV. *Protecția maternității*: A) *Protecția medicală*: Profilaxia bolilor sarcinei; asistența la domiciliu; asistență medicală colectivă (consultații prenatală; maternități; personalul auxiliar al asistenței medicale);

B) *Protecția socială*: Căminurile pentru femei gravide; casele materne; mutualitățile materne; asigurările de maternitate; cantine materne; alocațiile familiale și primele de natalitate.

În cadrul medicinei sociale a primei vârste se tratează următoarele chestiuni: Fiziopatologia noului născut și a sugarului;

alimentația sugarului; statistica primei vârste; protecția primei vârste.

În capitolul medicinei sociale a vârstei preșcolare se expune următoarele: fiziopatologia și patologia socială a vârstei preșcolare; protecția medico-socială a preșcolarilor.

Capitolul IV al acestui volum se ocupă cu medicina socială a vârstei școlare, tratând următoarele probleme mari în legătură cu această vârstă: Dezvoltarea fizică și psihică a copilului de școală; patologia vârstei școlare (bolile infecțioase acute, tuberculoza, paraziții intestinali, afecțiunile oculare și otorinolaringologice, bolile sistemului nervos, bolile inimii); igiena fizică a școlarului (igiena personală, alimentația, igiena dentară, educația fizică, educația sexuală); igiena intelectuală a elevului; despre localul de școală; inspecția medicală școlară; igiena membrilor corpului didactic; categorii de școli și clase speciale; școlile în aer liber; coloniile de vacanță; organizații speciale de medicină școlară.

Fiecare capitol este însoțit de o bibliografie bogată asupra problemelor tratate.

Chirurgie de războiu de Dr. Dan Berceanu. Un volum de 146 pagini Editura Prometeu București, strada Brezoianu 19, 1943.

Lucrarea de față reprezintă o serie de învățăminte și cunoștințe câpătate din războiul actual, adunate în spitalul Z I. 415 din Sinaia, între 15 Aug. 1942—15 Aug. 1943, unde autorul lucrării a fost șeful acestui spital, împreună cu o serie de medici colaboratori, cari au lucrat în acest timp în spital.

Iată câteva din problemele cu cari se ocupă lucrarea de față:

Activitatea clinică, didactică și științifică dezvoltată în spitalul amintit mai sus în timpul indicat. O nouă metodă de tratament al infecțiilor și septicemiilor chirurgicale. Tratamentul chirurgical al plăgilor recente și cronice, însoțit de sulfamidare și sutură fără drenaj. Cura radicală a fistulelor osoase consecutive rănilor de războiu. Tratamentul degerăturilor și plăgilor atone cu tanin. Retenție de schije intra-arterială a arterei poplitee. Corp străin intra-pulmonar eliminat spontan pe căile naturale. Aplicarea metodei Klapp în anestezia generală pe cale intra-venoasă cu barbiturici. Combaterea cefalei post rachianestezice prin infiltrațiuni cu novocaină pe nervii lui Arnold. Rolul șocului psihic și al durerii provocate în patogenia complicațiilor postoperatorii. Hemoragiile oculte și sindromul cronic al apendicitelor fruste și al perivisceritelor de natură apendiculară. Intoxicație acută cu fenol prin resorbție cutanată masivă. Benzina iodată ca antiseptic ideal în chirurgia de războiu. Tratamentul complicațiilor tardive al plăgilor toracice de războiu.

Toate problemele tratate în această carte sunt de mare actualitate și pot fi de folos tuturor medicilor, deoarece azi aproape toți medicii se ocupă cu astfel de probleme.

Exantematicul (Tifusul² negru sau boala păduchilor) de Dr. Gr. Iamandi și Dr. C. Gheorghiu, 48 pag. Editura revistei „Iașul Medical” Iași 1944, preț 350 Lei.

În această broșură autorii expun problema tifusului exantematic pe înțelesul tuturor, insistând în special asupra rolului păduchilor în răspândirea acestei boli și asupra sistemelor de deparazitare mai potrivite.

Paludismul. N-rii 9—12/1943 din Revista Științelor Medicale din București au ieșit într'un singur volum de 585 pagini în memoria profesorului Gh. Zotta, ocupându-se numai cu problema paludismului.

Între altele se tratează următoarele chestiuni din domeniul malariei:

Considerațiuni asupra metodelor utilizate în campania anti-malarică. Endemia palustră în jud. Constanța 1934—1942. Malaria în România. Paludismul în Moldova. Noi contribuțiuni la studiul infecțiunii cu P. Malariae. Paludismul în comuna Bucium-Iași. Cercetări asupra tratamentului malariei, etc.

Contribuțiuni la studiul acțiunii fiziologice a veninului de viperă cu corn de Grădinescu Ar. și Eugen Pora. 82 pag. Timișoara 1943. Instit. de arte grafice „Rapid”.

Autorii studiază în această lucrare acțiunea fiziologică a veninului de viperă cu corn (*Vipera ammodytes*) ajungând la următoarele concluziuni importante:

1. Prima mușcătură de *Vipera ammodytes* dă aprox. 73 mgr. de venin proaspăt. Celelalte mușcături nu mai dau decât cantități neînsemnate.

2. Pentru refacerea completă a veninului pierdut printr'o mușcătură, e nevoie de cel puțin 7 zile.

3. Veninul de *Vipera ammodytes* conține 73—76% apă și 24—27% substanță uscată.

4. Veninul uscat păstrează toate proprietățile toxice ale veninului proaspăt și se poate păstra ca atare timp îndelungat.

5. În concentrațiuni de 0,5—0,25%₀₀ veninul de *Vipera ammodytes* este un activant al digestiunii pepsice, în concentrațiuni de 0,8% provoacă întârzierea acesteia, iar în concentrațiuni mai mari oprește această digestie.

6. Asupra digestiei triptice nu are o acțiune evidentă.

7. Veninul de *Vipera ammodytes* în doze de 0,3—0,4 mgr. pe kgr. de câine, provoacă o scădere trecătoare a numărului globulelor roșii din sângele periferic, dar în urmă acestea (după 2—3 ore) pot crește chiar peste valoarea lor normală.

8. Imediat după acțiunea veninului asupra globulelor roșii, acestea se încrețesc, probabil printr'un fenomen de permeabilitate, dar după vreo 3 ore dela injecție, hematitele își reiau forma normală pe care o păstrează până la moarte.

9. Veninul produce și o hiperleucocitoză puternică, mai ales în sângele periferic.

10. Hemoglobina nu suferă variațiuni însemnate în ceea ce privește cantitatea ei totală în sânge.

11. Se produce însă o puternică hemoliză a globulelor roșii, hemoglobina trecând solvată în plasmă, de unde uneori poate fi eliminată prin urină (hemoglobinurie).

12. Rezistența globulară față de acțiuni hemolitice este mult scăzută și scăderea este proporțională cu concentrația veninului din sânge.

13. Coagularea sângelui „in vitro” și „in vivo” este întârziată.

14. Clorurile suferă o creștere trecătoare, care în urmă (după 3 ore aprox.) poate scădea chiar sub valoarea normală.

15. Rezerva alcalină crește, mai ales în perioada din apropierea morții.

16. Proteinele sanguine par a scădea.

17. Presiunea sanguină scade în urma injecțiilor intravenoase de venin de *Vipera ammodytes*. Scăderea se produce și prin injecții succesive de venin în doze tot mai mari, dar este din ce în ce mai mică.

18. Inima de câine suferă efecte ino- și cronotrope, dar final se oprește la diastolă.

19. Respirația se oprește temporar în urma injecțiilor intravenoase de venin de *Vipera ammodytes*, revine de urmă rărită și prin ritm Cheynes-Stockes se ajunge la respirațiuni agonice, în urma cărora mișcările respiratorii sunt complet și definitiv oprite.

20. Oprirea respirației este datorită acțiunii directe a veninului asupra mușchilor respiratori (paralizie) și nu este de origine centală (bulbară).

21. Veninul de *Vipera ammodytes* produce vasoconstricția carilarelor de broască.

22. Asupra inimei de broască izolată, veninul de *Vipera ammodytes* are un efect inotrop, micșorându-i amplitudinile până

la dispariție, dar după spălare cu ser fiziologic, contracțiunile cardiace revin la normal.

23. Asupra inimei de mele se observă aceiași acțiune, dar revenirea este de mult mai lungă durată.

Conf. Dr. I. Gavrilă.

Revista revistelor

INTERNE

Turburări cardiace declanșate de sistemul nervos central (Ueber zentralnervös angelöste Herzstörungen) de Prof. F. Hoff și Max Fluch (Münch. Med. Woch. Nr. 34—35, 1943, pag. 503).

Autorii arată că turburările sistemului nervos central pot să provoace diverse modificări în funcțiunea inimii. Din electrocardiogramele făcute la 20 bolnavi, înainte și după insuflație ventriculară (encefalografie), rezultă că iritația produsă la nivelul sistemului nervos central, declanșează turburări de ritm ale inimii, manifestate electrocardiografic prin extrasistole, ritm nodal, turtirea unei T. Autorii atribuie acestei chestiuni o deosebită importanță în tratamentul unora din bolile inimii.

Vindecare în boala lui Addison prin implantare de corticosteronă (Heilerfolg bei Morbus Addison durch corticosteron Sinplantation) de C. W. Parade și H. Sapinski. Klin. Woch. Nr. 36/37 1943, pag. 564—566.

Autorii, bazați pe experiențe anterioare, plantează unui bolnav, suferind de boala lui Addison, 600 mgr. de corticosteronă sub formă pură cristalizată. Fenomenele au cedat în câteva zile, iar bolnavul și-a reluat ocupațiile. Durata acestei vindecări a fost de 6½ luni, după care au trebuit să i se planteze bolnavului încă 400 mgr. de corticosteronă. Autorii scot în evidență avantajul tratamentului prin implantare față de cel prin injecții. Locul implantației poate fi, după diferiți autorii, în mușchii drepti abdominali, mușchii spatelui sau în pectorali (unde s'a aplicat în cazul de față).

Modificări ale tensiunii arterei retiniene în sindromul sinului carotidian (Modifications de la tension artérielle rétinienne dans le syndrome du sinus carotidien) de E. B. Streiff. Schw. Med. Woch. Nr. 50/1943, pg. 1486—88.

După scurte considerațiuni asupra funcțiunii sinului carotidian și asupra sindromului carotidian, autorul descrie modificările tensiunii arterei retiniene cari sunt întotdeauna prezente, și cari pot servi la precizarea diagnosticului acestui sindrom. În același timp publică 5 cazuri de sindrom al sinului carotidian, diagnosticate prin oftalmodinamometrie și vindecate prin tratament cu atropină.

★

INFECȚIOASE

Febra rusească cu cefalee (Ueber das russische Kopfschmerzfeber) de Prof. Hans Schulten și Dr. Broglie. Münch. Med. Woch. Nr. 24/25/1943, pag. 359—360.

Se descrie tabloul clinic al unei boli observate în campania din Rusia, pe care autorii o numesc: febra rusească cu cefalee. Ea se manifestă prin temperatură înaltă, care durează aproximativ 5—7 zile, având o curbă bifazică, cu o ușoară remisiune în ziua 3—4. Este important de remarcat în simptomatologia clinică a acestei boli, prezența unei iritații meningeale puternică, manifestată prin cefalee foarte intensă, amețeli și rachialgii. Boala

a fost observată mai ales toamna, și până în prezent nu i s'a putut stabili etiologia, nici n'a putut fi încadrată în vreun sindrom cunoscut.

Apariția exantemului și evoluția pulsului în tifosul exantematic (Exanthemanobruך und Pulsverlang beim Fluckfieber) de H. Heimberger. Münch. Med. Woch. Nr. 38—39/1943, pag. 557—558.

Urmărind apariția exantemului la 30 cazuri de tifos exantematic, autorul observă că ea este simultană cu urcarea pulsului peste 100. Excepție ar face numai cazurile extrem de ușoare. Această observație poate fi întrebuințată în scop de diagnostic al tifosului exantematic.

O metodă nouă și sigură de diagnostic în Febra de Malta (Ueber eine neue und sichere diagnostische Methode de Maltafiebers) de Pyrgialis Volos. Münch. Med. Woch. Nr. 36—37 1934, pag. 534—535.

După ce trece în revistă metodele de diagnostic ale Febrei de Malta, și anume: 1. izolarea micrococii; 2. reacția intracutanată cu melitină; și 3. seroaglutinarea după Wrigt, autorul preconizează o metodă rapidă și sigură de diagnostic. Se injectează intravenos vaccin melitensis (Belfanti-Milano) 5—10 milioane coci. În cazurile de Febra de Malta, injecția este urmată de o puternică reacție febrilă (39°—41°), care nu se produce în nicio altă boală.

★

NEUROLOGIE

Neuroradiculomielita seroasă (Die seröse Neuroradiculomyelitis) de W. Ederle. Deutsch. Med. Woch. Nr. 45—46/1943, pag. 773.

Autorul cuprinde în acest sindrom, pe de o parte paralizile postdifterice, iar pe de altă parte o serie de paralizii cu diferite etiologii cum ar fi infecțiile de focar, gastroenteritele sau chiar etiologie necunoscută. La baza acestui sindrom, ar sta o inflamație serioasă (în sensul lui Eppinger) a măduvei, rădăcinilor, ganglionilor spinali și nervilor periferici. Este caracteristică în același timp disociația albumino-citolică de tip Guillain-Barré din lig. cefalorachidian. Prognosticul neuroradiculomielitei seroase este benign.

Fenomenele nervoase centrale și periferice în Febra Wolhînică (Ueber die Erscheinungen am zentralen und peripheren Nervensystem bei Wolhynischen Fieber) de Prof. A. Reuter. Med. Klin. Nr. 4/1943, pag. 192—95.

Autorul trece în revistă manifestările nervoase din Febra Wolhînică, începând cu nevralgiile (mai frecvent cele supraorbitare și occipitale), și continuând cu paresteriile și fenomenele piramidale. Uneori poate apare o encefalomielită acută în sensul unei inflamații seroase, fără modificări în lichidul cefalorachidian. De asemenea pot apărea semne de iritație meningeală și chiar accese epileptiforme.

Epilepsie reflexă în t.b.c. pulmonară (Reflexe Epilepsie bei Lungentuberculose). Dtsch. Tbkbl Nr. 3/1943, pag. 61—64.

Autorul descrie un caz de tuberculoză pulmonară bilaterală, la care în al V-lea an de boală (27 ani) încep să apară accese epileptice. Vârsta la care au apărut accesele, precum și faptul că n-au putut fi influențate prin medicamente, pledează împotriva unei epilepsii genuine. Pentru epilepsia reflexă (pleurală) însă, pledează faptul că în urma instalării pneumotoracelui, accesele au crescut atât în frecvență, cât și în gravitate.

Dr. Liviu Comes

★

OTORINOLARINGOLOGIE

Observațiuni practice în legătură cu afecțiunile urechii la sugari de Dr. I. Meșianu și Dr. F. Medeșan. Revista Română de O. R. L. și bronho-esofago-scopie Nr. 3/1943.

Bazați pe o experiență destul de mare autorii fac câteva considerațiuni practice în legătură cu afecțiunile urechii la sugari. Infecțiunile urechii la copilul sub 2 ani domină în mare parte patologia lui, datorită pe de o parte particularităților anatomice ale rino-faringelui copilului pe de altă parte rezistenței scăzute și lipsei de imunitate. Se remarcă frecvența mult mai mare a otitelor la copiii ospitalizați față de cei îngrijiți în mediul familial.

În fața oricărui copil bolnav care de obicei prezintă o polisimptomatologie după ce s'a eliminat suferința celorlalte organe trebuie să nu neglijem niciodată examinarea rinofaringelui și urechilor.

Autorii arată modificările ce se observă în caz de otite, dificultatea interpretării semnelor obiective și subiective. Discută pe rând toate modificările de ordin semiologic și clinic, arătând conduita de urmat pentru fiecare caz în parte. În cazurile indicate sunt pentru paracenteza exploratorie ea având toate avantajele puncției și ar constitui în același timp și o măsură terapeutică. Puncția timpanului practică încă de unii medici trebuie înlăturată. Fac apoi câteva considerațiuni asupra tehnicii paracentezei la sugari.

Câteva considerațiuni clinice asupra chimioterapiei meningitelor otogene de Prof. Dr. I. Țeșu și Dr. I. Meșianu. Revista Română de Otorinolaringologie și bronhoesofagoscopie Nr. 3/1943.

După ce fac un mic istoric al tratamentelor anterioare a meningitelor otogene, autorii fac câteva considerațiuni generale asupra sulfamidelor, căilor de administrare și modului lor de acțiune. Expun apoi cele 6 cazuri clinice făcând câteva considerațiuni în legătură cu fiecare observație. Tratamentul principal al meningitei de natură otică, trebuie să fie totdeauna chirurgical. Intervenția asupra factorului otic va fi făcută în primul moment, înlăturarea completă a focarului supurativ oto-mastoidian realizează o sterilizare chirurgicală.

Chimioterapie sulfamidată este un adjuvant prețios, aplicată pe cât posibil mai de vreme și concomitent cu intervenția operatorie. Valoarea sulfamido-terapiei este redusă sau chiar inexistentă dacă nu se asociază intervenției chirurgicale. Terapia cu sulfamide nu poate opri extinderea procesului de osteită mastoidiană și nici nu poate să-l facă să regreseze. Nici intervențiile chirurgicale otomastoidiene incomplete chiar dacă sunt asociate unei terapii sulfamidate masive nu pot da rezultate bune.

Sulfamidele vor fi administrate în doze mari pentru a obține o concentrație suficientă în lichidul cefalo-rachidian și sânge. Dacă sulfamidele pe cale bucală și parenterală nu pot asigura o concentrație optimă în lichidul cefalo-rachidian se vor administra intrarahidian. Durata administrării și doza va fi în funcție de evo-

luția boalei, ia va fi scăzută pe măsură ce semnele clinice arată o ameliorare. Autorii sunt contra administrării în doze masive a sulfamidelor și recomandă o prudență bazată pe observația continuă a tabloului clinic controlând numărul leucocitelor (formula leucocitară), aparatul renal și circulator.

Dr. C. M.

★

DERMATO-VENERICE

Calviția de Fuhs. Wiener Med. Wschr. 9, Martie, pag. 168, 1943.

Într-o interesantă lucrare asupra acestui subiect, autorul recomandă următoarea combinație: Rp. Acid salilic. Euresol. Tra chinae simpl. aa. 2—3 gr. Spir. vini dilut ad. 100 gr. La cei cu părul negru se adaugă în plus Tra capsici și Tra arnicae. Bolnavii se vor spăla odată pe lună pe cap, cu apă caldă și săpun obișnuit, după care se va face un masaj al pielii păroase a capului. Se vor face iradiieri cu lampa de cuarț, până la obținerea unui ușor eritem la acest nivel și un tratament hormonal cu hormoni sexuali, hipofiză anterioară etc.

Venerologia socială în România (Zur sozialen Venerologie in Rumänien) de Voina Aurel. După referat din Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten 70, caiet 2, pagina 78 din 5 Aprilie 1943.

Autorul consideră ca boli sociale venerologice: sifilisul, blenoragia, șancrul moale și limforanulomatoza inghinală benignă. Drept caracteristice ale unei boli sociale enumeră: legătura strânsă cu viața socială, frecvența lor mare, influența nefastă asupra valorii biologice a neamului, tratarea și profilaxia făcându-se prin măsuri sociale. Cu toate eforturile terapeutice efectuate, în România numărul cazurilor venerice a crescut foarte mult. Autorul crede că această creștere s'ar datori faptului că este tratat numai cel bolnav, fără a se căuta sursa de infecție. Medicul neputând face față tuturor acestor necesități, se face din ce în ce mai necesară prezența serei de ocrotire (cunăscătoare a acestor boli). În încheiere autorul propune înființarea unei Ligi Antivenerice Române, care și credem că este absolut necesară, în materie de boli venerice găsindu-ne în ceasul al unsprezecelea.

Observațiuni asupra aplicării sulfamidelor în bolile de piele (Alcune osservazioni sull'uso dei solfamidici nel campo delle malattie cutanee) de Mariotti. Zbl. Dermat.

Autorul obține rezultate și recomandă sulfamidele în următoarele boli de piele: erizipel-dermatoze produse de coci-edem polimorf — erupțiuni pemfigoide ale pielii — dermatita herpetiformă Dühring și herpes zoster. Autorul observă că rezultatele obținute cu aceste preparate în dermatologie sunt mult inferioare, celor obținute în venerologie. Aplicate local sub formă de alifie sau pudră ele ar fi foarte puțin active. Rezultate mai bune a obținut combinându-le cu vitamina A ca epitelizante.

Poate tratamentul cu sulfamide influența serologia sifilisului? (Kann die Sulfamidbehandlung auf die Serologie der Syphilis einwirken?) de Lana. Med. espan. 7, 556, 1942.

Autorul a tratat 6 grupuri de gonoreici cu diferite preparate sulfamidice și la mulți dintre acești bolnavi a putut observa prezentându-se o reacție Wassermann pozitivă. Totalul acestor cazuri s'a ridicat la 65—72%. După un interval de 4 săptămâni reacțiile și-au pierdut pozitivitatea (fără a face acestor bolnavi niciun tratament specific). Problema ridicată de autor, precum și observațiunile sale sunt extrem de interesante mai ales că sulfamidele sunt astăzi aplicate în toate specialitățile și ramurile medicinei. Această pozitivitate serologică ar putea produce erori regretabile pentru bolnav.

Lupusul eritematos de Hoede. Z. arztl. Fortbildung 39, 511—514, 1942.

Autorul subliniază faptul că etiologia lupusului eritematos este complet necunoscută. Amintește ca factori etiologici importanți lumina și căldura. Printre tratamentele cele mai eficace amintește și recomandă:

- Solganal B: oleos injectii (0.1—1 cc. din sol. de 2%, total 12 injectii).
- Spirocid (total 1—2 cure a 60 tablete de 0.25 gr.).
- Bismut (1—2 injectii săptămânal a 1 cc., total 1—2 cure a 8—10 cc.).
- Cibazol (3 ori 12—20 tablete, repetare după 8 zile).
- Acid nicotinic (in cazurile renitente tablete a 0.25 gr.).
- Extract de ficat (Campolon, Hepatrat și insulină).

Dr. Emil I. Bologa

*

MEDICINĂ EXPERIMENTALĂ

Cercetări asupra măririi acțiunii hormonului tireotrop prin adrenalină și pilocarpină. (Weitere Untersuchungen über die Steigerung der Wirkung des thyreotropen Hormons durch Adrenalin und Pilocarpin) de Unto Uotila și H. B. Fridgood Zschr exp. Med. Bd. 112 pag. 579, 1943.

Experimentând pe 132 cobai, cu extract de lob anterior hipofizar, preparat de Collip, prin determinarea greutateii glandei tiroide, a parechimului, a coloidului tiroidian, completate de examinări histologice, autorii ajung la constatarea că acțiunea metabolică a hormonului tireotrop administrat se poate mări prin pilocarpină și adrenalină. Tiroida animalelor tratate cu hormon tireotrop și adrenalină sau pilocarpină, elaborând și trecând în sânge o mai mare cantitate de substanțe conținute în coloidul tiroidian, ca și a animalelor tratate numai cu hormon tireotrop.

Contribuțiuni la problema obținerii unei fibroscleroze și calcifieri artificiale a plămânului. (Zur künstlichen Erzeugung einer Fibrosclerose und Verkalkung der Lunge). Ztsch. exp. Med., Bd. 111, pag. 411, 1942.

Autorul a urmărit experimental obținerea de fibroscleroze pulmonare cu ajutorul Cl_2Ca și Vit. D₂. Injectiunile cu acest amestec

le-a făcut intrapulmonar, la cobai, obținând o proliferare locală de fibroblaști, consecutiv câmpuri de scleroză conjunctivă cu depunere masivă de calciu.

Contribuțiuni la patogenia „Mehlanämie“-ei. (Über die Pathogenese der Mehlanämie) de M. S. Li, Ztschr. exp. Med., Bd. 112, pag. 127, 1943.

În urma alimentării excesive cu făinoase, la sugari, survin uneori anemii (Mehlanämie), care păreau să fie favorizate de:

1. Hipovitaminoza A, complex B1 și B2, C.
2. Cantitatea insuficientă de Fe conținută în făinoase.
3. Lipsa sau insuficienta cantitate a unor amino-acizi necesari sintezei globinei (triptofan, histidină).
4. Deviația spre acid a pH-ului sanguin.

Autorul prin experiențe făcute asupra 48 iepuri prin alimentare cu orez și ovăș obține o anemie hipocromă, similară Mehlanämiei sugarilor. În cursul experimentării urmărește anemia și Fe din serul sanguin.

Administrarea de Fe a împiedecat apariția sau a redus Mehlanämia instalată, pe când administrarea de vitamine și globul ne n'a dat aceleași rezultate. De unde concluzia că Mehlanämia la iepuri se poate atribui numai lipsei de Fe.

V. S.

Contribuțiuni la problema tulburărilor produse prin nicotină. (Zur Frage der Nikotinschädigung) de Prof. Dr. F. Högl, Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 20—21, 1943.

Reluând cercetările sale anterioare relativ la tulburările cauzate de nicotină, autorul utilizează următoarea tehnică: Pune o serie de nefumători să fumeze pe nemâncate, consecutiv 3 țigărete, extrăgând sânge prin punctii venoase, înainte, în decursul și 4 până la 6 ore după fumat.

Rezultatul dozărilor sale este următorul: Se constată o creștere a nivelului de glucoză din sânge, a vitaminei A și a acidului uric. Tot prin turburarea metabolismului glucozei se explică fenomenele de foame pronunțată care survin la fumătorii, care la un moment dat au renunțat la fumat.

Nu s'au putut pune în evidență modificări în metabolismul colesterolului, a vitaminei C și a substanțelor minerale.

Dr. V. P.

Note și informațiuni

Prin Decizia ministerială Nr. 75.164/1943, Dr. Podăloșfi și Dr. Ion Perhalța, se delegează ca medici șefi de județe, primul în județul Timiș și al doilea în județul Hunedoara, rămânând ca titularii posturilor din județele de mai sus, să se ocupe de partea administrativă a serviciilor.

In Mon. Oficial Nr. 293 din 15 Decembrie 1943, s'a publicat lista medicilor cărora se acordă titlul de medic specialist în Iglenă.

Prin Decizia ministerială Nr. 78.660/1943, se desființează spitalul mixt din comuna Bozovici, județul Caraș, pe ziua de 1 Februarie 1944.

Prin Decretul Nr. 3302, publicat în Mon. Oficial Nr. 7 din 10 Ianuarie 1944, s'a făcut următoarea măs-

care în personalul tehnic superior al Mln. Sănătății, pe ziua de 15 Ianuarie 1944:

Dr. Cosma Ion, actual inspector general sanitar definitiv, se numește definitiv inspector general sanitar și de ocrotire regional al regiunii sanitare și de ocrotire IV Sibiu.

Dr. Harholu Zaharia, se numește definitiv în postul de medic șef al orașului Medias.

Dr. Pop Nicolae, medic definitiv al circ. Beba veche județul Timiș, se transferă definitiv în postul de medic al orașului Turnu-Măgurele.

Dr. Feneșan Iancu, se transferă definitiv, după cerere, în postul de medic al spitalului mixt Orșova, j. Severin.

Dr. Manspart Adalbert, medic al circ. Lipova, jud. Timiș, trecând clandestin în Ungaria, se lasă în disponibilitate.

Dr. Pop Vasile, renunțând la transferarea făcută, rămâne mai departe la postul de medic al circumscripției Șugag, județul Alba.

In același Monitor, se publică vacanța postului de medic de circumscripție Pâncota, jud. Arad.

Dr. Mihăese Octavian, medic definitiv al circ. Lupșa, județul Cluj-Turda, se delegează cu începere dela 1 Ianuarie 1944, medic igienist al plășii sanitare Câmpeni același județ.

Dr. Crăciun Gheorghe, medic primar genito-urinare, la spitalul Timișoara, se pune provizoriu în retragere pe ziua de 1 Octombrie 1943.

Dr. Papp Victor Salvator, se numește provizoriu până la concurs medic secundar la sanatorul T.b.c. Arad.

Se aprobă mutarea sedlului circumscripției sanitare Schmig, jud. Târnava-Mică, în comuna Alma, numindu-se pe viitor circumscripția Alma, având arondarea fostei circumscripții Schmig.

Dr. Brazdă Alfred, medic secundar cu concurs la spitalul de copii Timișoara, se transferă ca medic secundar la spitalul de stat din Lugoj, secția chirurgicală.

D-na Crăciun Ana, chimistă ord. cl. III se transferă, după cerere, în același calitate la Laboratorul de igienă Alba-Iulia.

Călcescu Sablin, se numește provizoriu până la concurs, farmacist la spitalul din Deva.

Dr. Paul Dumitrescu, medic secundar la spitalul de chirurgie „Dr. A. Căndea” din Timișoara îl înlocuiește detașarea la spitalul Central din Arad, urmând să-și rela locul unde este titular.

Dr. Frățilă Victor, se numește provizoriu până la concurs, medic secundar la spitalul din Turda, secția chirurgie.

Dr. Mărgineanu Constantin, medic provizoriu al circumscripției Prigor, județul Caraș, se transferă, după cerere la circumscripția Roșla, jud. Bihor.

D-ra Dr. Lupescu Casandra, se numește provizoriu până la concurs medic primar al secției de boli mintale și nervoase din Târnăveni.

D-na Dr. Onojescu Palade Virginia, medic secundar la spitalul de stat din Beluș, secția interne și contagioase, se transferă în interes de serviciu la spitalul public Sibiu, serv. medical în post vacant.

Dr. Ioan Magda, se numește provizoriu medic de circ. Alton, județul Cluj-Turda.

Dr. Pop Fabiu, se numește provizoriu medic de circ. Călnic, județul Alba.

Concursul de internat dela Sibiu. Concursul de internat în medicină la Sibiu, a avut loc dela data de 2 Decembrie 1943 până la 21 Ianuarie 1944. Comisia examinatoare a fost compusă din domnii: Prof. Dr. Coriolan Tătaru, președinte; Prof. Dr. Gh. Buzolanu, președinte supleant; Conf. Dr. I. Gavrilă și Dr. C. Manta, medic primar, membrii.

La concurs s'au prezentat 25 candidați, în cursul probelor s'au retras 5 candidați, supunându-se la toate probele concursului 20 candidați, cari au fost clasificați în ordinea următoare:

Gherman Gregoriu 18.90, Papilian Mihaela 18.90, Păcală Marius 18.83, Gherman Emil 18.66, Pană Constantin 18.66, Nossă Liviu 18.33, Garolu Felicia 18.16, Aleman Mircea 18.16, Părăscan Cornel 18, Ghița Mircea 17.86, Mîrlaru Mircea 17.83, Micleaș Vasile 17.83, Pop Zeno 17.83, Pop Augustin 17.70, Cosma Aug. Aurel 17.50, Popovici Ioan 17.50, Bălan Angela 17.33, Onac Gheorghe 17.33, Perhalța Oliver 17.26, Brănescu Mircea 16.06.

Concursul s'a dat pentru 15 locuri vacante de intern.

Notă terapeutică

Despre tratamentul cu Salvarsan în timp de război de B. Spiethoff și K. Zieler, Dermat. Wschr. 1942, Nr. 45, p. 933.

La Salvarsan nu se poate renunța pentru înlăturarea rapidă a fenomenelor contagioase și mai cu seamă pentru vindecarea cât mai rapidă și mai sigură, în special pentru vindecarea precoce (așa numitul tratament abortiv) a sifiliticilor. Dacă se respectă prescripțiile indicate în momentul întrebuirii, nu dă decât rareori fenomene secundare. Bine înțeles, condițiile neobișnuite de viață și extenuarea fizică și psihică exagerate, dau loc la o sensibilitate exagerată față de medicamentele cu acțiune puternică. Dar acest lucru este valabil pentru toate, nu numai pentru Salvarsan, și medicul trebuie să țină seamă de acest fapt. Turburările datorite acestui fapt se vor putea observa mai cu seamă la bolnavii care sunt tratați în afara spitalelor. Acestui fapt îi corespunde și acela, că pretențiile turburări grave, mai frecvente după tratamentul cu Salvarsan, nu au putut fi observate în clinicele universitare mari și în serviciile de specialitate. De altfel,

numerele noi de Salvarsan nu sunt câtuși de puțin mai toxice decât cele anterioare, de ex. decât cele fabricate înainte de război. Prin urmare, este cel puțin improbabil, ca la turburările mai frecvente în urma tratamentului cu Salvarsan, Salvarsan-ul însuși să aibă o cât de mică parte. Când este vorba de turburări mai grave, sunt fără îndoială numai de acelea, care survin cu ocazia sau în cursul tratamentului cu Salvarsan, dar cu siguranță nu din acelea care sunt produse numai de Salvarsan. Medicii trebuie să respecte strict măsurile de precauție prescrise. Acestea sunt arătate pe larg în „Directivele pentru întrebuirii preparatelor de Salvarsan”, elaborate de serviciul sanitar al Reichului și alăturate fiecărui ambalaj. Tratamentul cu Salvarsan ar trebui făcut numai de către medici care nu numai să stăpânească perfect tehnica, ci și respectă cu conștiinciozitate toate măsurile de precauție. Vom menționa aici câteva fenomene care survin mai des:

1. Nu este indicat, să se depășească regulat, adică pentru toți bolnavii dozele medii uzuale (pentru femei=0,45 gr., pentru

bărbați 0,6 gr. de Neosalvarsan). Fără îndoială uneori (de ex. când se face tratament numai cu Salvarsan sau în așa numitele tratamente abortive) se poate trece peste aceste doze la bolnavi foarte robuști sau când condițiile sunt favorabile (ca în clinică). Invers însă, o subdozare regulată a dozelor uzuale, poate de teamă să nu se producă fenomene secundare neplăcute, nu este indicată, deoarece în sifilisul primar contagios posibilitatea vindecării în general și mai cu seamă aceea a vindecării precoce este influențată în sens defavorabil;

2. Injecțiile de Salvarsan în căile circulatorii nu trebuie să fie făcute niciodată imediat înainte sau după o masă principală. În felul acesta survin foarte ușor turburări ale digestiei sau alte turburări. Același lucru se poate spune și despre o muncă mai mult sau mai puțin grea imediat după injecție, mai cu seamă dacă munca se face în mult soare (lucru în grădină sau pe câmp, etc.);

3. Se repetă mereu cazul, ca în serviciile cu un număr mare de sifilitici să se disolve mai multe doze de Salvarsan, mai cu

seamă din Neosalvarsan-ul care se descompune atât de ușor, dintr'odată. Această greșală este extrem de gravă și a fost cauza mai multor turburări grave. Soluția de Salvarsan trebuie întrebuită într'adevăr întotdeauna imediat după ce a fost preparată, dar ea se va injecta încet, în cursul câtorva minute, bolnavului culcat; după constatările generale, turburările cresc cu viteza injecției, și într'adevăr turburări mergând până la cea mai gravă purpură cerebrală, etc.

S. și Z. recomandă cu insistență fiecărui medic, care se ocupă cu tratamentul cu Salvarsan, să respecte conștiincios „Directivele”. Chiar și specialistul nu face rău, dacă din timp în timp, își mai memorează „Directivele,” căci tratamentul cu Salvarsan este o indeletnicire, care cere nu numai o mare îndemânare din punct de vedere tehnic, ci înainte de toate și un examen conștiincios al bolnavului, cu observație severă a tuturor organelor atât înainte, cât și în cursul tratamentului.

† Doctorul Dan Rădoescu

A căzut pe câmpul de onoare în Stepa Nogai, lălalul meu coleg de clinică și în același timp bunul meu camarad de front, Doctorul Dan Rădoescu.

Noul doliu din această nesfârșită înclăstare abătută asupra clinicii noastre, este pentru noi o mândrie dar este negreșit și o durere ale cărei margini depășesc cu mult toate greutățile încercate până acum.

Rădoescu era al nostru, identificat total cu clinica noastră, cu spiritul ei, cu munca și credința noastră.

Dacă eroismul lui până la jertfă în această stepă întinsă și cosmopolită a fost magnific, nu mai puțin leșt din comun a fost și acela arătat la evacuarea Clujului lui drag.

Amintirile despre el în această tragică despărțire, le purtăm cu noi zi de zi și ne întâlnim cu ele la fiecare pas în clinica noastră, în activitatea noastră, în prezentul și viitorul nostru. Contactul cu cel mai mic obiect sau instrument, atât de necesare și folosite azi ne trezesc prezența lui permanentă în goana acelor zile și nopți zbucumate alergând fără încetare între Clujul provizoriu răpît și Turda agitată.

A fost credincios și lălal!

Nu și-a împachetat bagajul propriu să plece părăsindu-și instituția, părăsindu-și școala care l-a format, părăsind toată creația românească de acolo.

A suferit alături de noi, tot felul de înjurii, de amenințări, de boicoturi, rămânând neclintit cu un eroism fără seamăn până la evacuarea totală.

Exemplul și inițiativa lui, atîrnă greu în istoria acelor evenimente, determinând prin faptele și bravura sa și pe ceilalți, rămași uluiți dar sugestionați să-l imite spre sfârșit cât de puțin.

Acolo, în pericol și la mari greutăți, unde se cere suflet, credință și loialitate poți cunoaște adevăratul om.

Rădoescu a fost magnific atunci, săpînd pentru totdeauna un nume mare în acea încordată și tragică luptă. Bine pregătît și perfect format în spiritul și disciplina noastră, reușește să se impună ca specialist otorino-laringolog în Râmnicul-Vâlcea, atrăgând prin priceperea și devotamentul său, bolnavii din tot Nordul Olteniei.

Războiul îl răpește însă la scurt interval de două ori, răspunzînd acestor chemări cu tot entuziasmul și cu toată tinerețea sa.

Așa l-am întâlnit pe front, vara trecută, fiind repartizat la un batalion din Marea Unitate unde mă găseam și eu. La fel de activ, la fel de vesel și optimist, prezența lui a fost încontinuu căutată de noi ceilalți uneori blazați și obosiți după lupte crâncene ce nu conțineau de un an întreg.

Nu-l pot uita, când într-o zi mai calmă ca de obicei, poșta — această mare bucurie a frontului — îl adusesse vestea mare a primirii unui moștenitor.

Este greu de descris entuziasmul lui de atunci și de acolo!!

Soarta a fost nemiloasă însă, păstrându-l cu această bucurie numai până 'n rugina de toamnă al acestor stepe nesfârșite.

O schije vrăjmașe îl sfărtecă abdomenul perforându-l colonul și intestinul subțire, în timp ce-și îngrijea răniții din prima linie. — Moare la două zile după operație în cursul unei evacuări forțate, fiind înmormîntat la Perekop în Crimă în cimitirul eroilor de acolo cu toate onorurile militare.

Cu el specialitatea noastră pierde un membru eminent, clinica și revista noastră un colaborator entuziast, familia un soț și un tată ideal, bolnavii un medic excelent și un om bun.

Dr. Mihai Iubu

Scilloral

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA, AKTIENGESELLSCHAFT, CHEM. FABRIK, BRACKWEDE



Literatură și eșantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8. București

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 1500. Pentru autorități 2500 Lei.

Costul unui număr este 200 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 2000 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartate se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

**AFECTIUNILE
SEZONARE
ALE CĂILOR
RESPIRATORII
SUPERIOARE**

CORIZA

**FEBRA DE FÂN
TRACHEO-BRONȘITE**

*cedează rapid datorită
SINERGIEI MEDICAMENTOASE
ANTIDISPNEICE ȘI DECONGESTIVE
realizată prin*

CORYPHEDRINE

RHODINE + SANÉDRINE

Acid acetilsalicilic

clorhidrat de efedrina levogiră

**SUB FORMĂ DE
COMPRIMATE
CONȚINÂND**

RHODINE: 0,50 gr.

SANÉDRINE: 0,015 gr.

Tub cu 20 comprimate

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**

== SPECIA ==

**MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE
21, Rue Jean Goujon — PARIS**

*1 la 4 comprimate în 24 ore
în mai multe doze*

PROPAGANDĂ MEDICALĂ: „SPECIA” STR. ANASTASIE SIMU 6 — BUCUREȘTI (III)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Mo dovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic



*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

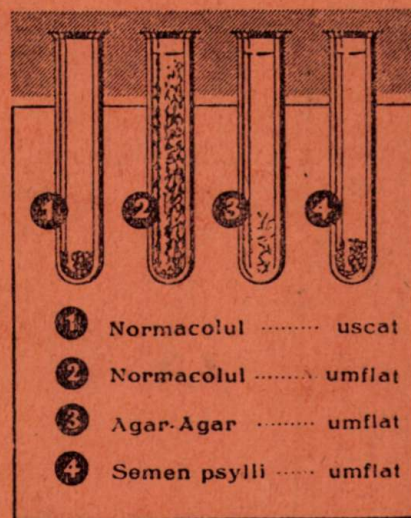
arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se
umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele
normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța
Normacol-ului.

Cartoane cu 100 și 250 gr.



SCHERING A.G. BERLIN N 65

C O D E R E, S. A., București
Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
„	0,10/2	—	„ „ 5 „
„	0,50/5	—	„ „ 3 „
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
„	0,005/1	—	„ „ 6 „
„	0,025/1	—	„ „ 3 „
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleoasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
„	10.000 .U. I.	„ „ 6 „	1 „
„	50.000 .U. I.	„ „ 3 „	2 „

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**

Preperatul de vitamină K

Hemodal

Indicat în cazurile de diminuare
a cantității de protrombină și
coagulare întârziată a sângelui.

In melenă, hematemeză,
hemoragii ombilicale ale
nouilor născuți și
hemoragii intracraniene.

Ambalaje originale :

Tuburi cu 20 tablete de 10 mgr.

Cutii cu 5 fiole de 1 cmc (10 mgr.)

» *Bayer* «



Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S.A.R. București I, Str. Brezoianu 53

Telefon 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Prof. Dr. Al. Pop: Cincizeci de ani dela moartea lui Teodor Billroth	Pag. 89
Dr. E. Nicoară: La o sută de ani dela nașterea doctorului Robert Koch	" 90

Revistă generală:

Dr. Petre Bruda și Dr. Ioan Bratu: Considerațiuni asupra funcțiunii endocrine a prostatei	" 92
---	------

Articole științifice:

G. Buzoianu, I. Păcurariu, M. Iubu: Nevrita optică retro-bulbară bilaterală vindecată prin dubla trepanare sfeno-etmoidală	" 97
Dr. Constantin Berariu: Bila calcară	" 98
Dr. I. Danicico, Dr. H. Bârle și Dr. E. Olariu: Un caz de intoxicație cu Veronal	" 101
Dr. C. Manta și Dr. L. Comes: Considerațiuni în legătură cu un caz de distonie neurovegetativă cu crize de simpaticotonie și hipertensiune	" 104
I. Macavei și G. Stoian: Localizarea osoasă a limfogranulomatozei	" 107
I. Gavrila, Sm. Cadariu și V. Cosma: Evoluția trombocitelor în cursul tifusului exantematic și a febrei tifoide	" 110
Dr. M. Popluca, Dr. I. Bîrău și Drd. Getta Dan: Considerațiuni asupra gangrenelor genitale în legătură cu un caz de gangrenă fudroiantă ~ spontană ~ tip Fournier	" 112

Probleme terapeutice:

Dr. Emil Degan și Dr. C. Ghinescu: Tratatamentul ulcerului gastro-duodenal cu ser glucozat hipertonic 25%	" 116
---	-------

Notă terapeutică:	" 122
-----------------------------	-------

Dr. Ioan Radu: Claudenul în tratamentul elefantiazei buzei inferioare

Societăți medicale	" 123
------------------------------	-------

Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu ~ Reuniunea Anatomică ~ Societatea Internilor și Externilor

Revista cărților:	" 134
-----------------------------	-------

Prof. Dr. I. Iacobovici: Chirurgie semiotică, clinică, terapeutică, vol. I, fascicola I. ~ Dr. S. Cupcea: Studii Eugénice.

Note și informațiuni:	" 135
---------------------------------	-------

Decrete, deciziuni, transferări, posturi vacante.



NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



„LUTETIA” S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Cincizeci de ani dela moartea lui Teodor Billroth

La 6 Februarie al anului curent s'au împlinit 50 de ani dela moartea celui mai ilustru chirurg al secolului trecut, care a fost Teodor Billroth. Îmi este foarte greu ca în aceste câteva rânduri să pot reoglindi o viață atât de frumoasă, plină de creație, consacrată științei și artelor.

În sufletul tânăr al lui Billroth se perindează o serie de atracții, în urma cărora la început se dedică muzicii, mai apoi științelor naturale, pentru ca abia în urmă să îmbrățișeze studiul medicinei. După numeroase încercări neizbutite de a-și valida aptitudinile pe teren practic, spiritul său plin de sentimente pentru artă îl îndreaptă spre sublima ramură a medicinei, spre chirurgie, pe care începe să o cunoască și să o iubească, în calitate de asistent în școala marelui v. Langenbeck. Această ocazie ferește îl stimulează, aprofundându-l în studiile de bază ale chirurgiei, în studiul histo-patologiei, care pe atunci îl era servit de numeroasele plese anatoomice extirpate în acest serviciu.

Pastuneasa, talentul și genul său îl ridică foarte repede pe scara erarhilor, așa încât la vârsta foarte tânără, de abia 29 de ani este invitat la catedră la Grefswald. Refuză această onoare, vrăjtit fiind de dragostea mare pe care o avea pentru chirurgie, mai continuă studiile sale în Clinica v. Langenbeck, pentru ca în sfârșit după 2 ani, la 1860, să ocupe catedra de chirurgie la Universitatea din Zürich.

Aci găsește de asemenea un mediu de înaltă știință unde prin strânsa colaborare pe care a cultivat-o cu diferiți somități ca: Biermer, Rindfleisch, Lücke, His și alții și prin marea prietenie încheiată cu V. Volkmann, Weber și Eschsch, se impune ca un desăvârșit dascăl și cercetător, numele lui trecând departe peste hotarele Elveției.

Acest renume crește vertiginos după ce apare tratatul său „Die allgemeine chirurgische Pathologie und Therapie in 50 Vorlesungen“. În această carte cu o

sinceritate și claritate ce-l caracterizează gândirea, accentuează, între altele, necesitatea pentru chirurg a unei mari bogății de cunoștințe din toate ramurile medicinei. Pătruns de această idee, el spune: „chirurgul care le are acestea și pe lângă ele mai posedă în mod desăvârșit și partea artistică a chirurgiei, se poate lăuda că a atins cea mai înaltă vîntă în medicină“.

Această carte îl sîtulează în galeria celor mai celebri dascăli, cercetători și scriitori și imediat după apariția ei se face o serie de invitații la catedre în Germania, dintre care el acceptă pe aceea a Universității din Viena.

La începutul carierei sale de clinician, Billroth este un operator foarte îndrăzneț, dar experiența pe care și-o câștigă treptat, îl impune curând timbrul unui chirurg prudent, pătruns de sentimentul cel mai nobil, de a salva pe cel suferind. Aceasta reiese admirabil din scrierile sale în care spune textual: „... operasem apoi toate cazurile pe care le întâlneam, fără ca să țin nicio seamă de complicațiuni... ambiția mă îndemna să operez cazuri din ce în ce mai grave, lipsite de speranță... Acest fapt a avut urmări bune și rele. Cele bune constaseră în faptul că am salvat viața multor femei, la operațiunea cărora nici nu s'ar fi gândit unii dintre colegii mei, în același timp am făcut bune exerciții tehnice în aceste operațiuni, câștigându-mi calmul necesar celor mai grele situațiuni. Toate acestea pentru binele celui operat. Urmările rele constau în faptul că multe dintre cazurile grele le-am pierdut.“

Cele expuse în aceste câteva fraze reoglindesc în chip minunat calitățile sufletești ale acestui mare chirurg, ele fiind pătrunse de simțul dreptății și al cinstei, pentru că intradevăr suprema podoabă a unui om de știință și chirurg este adevărul și cinstea.

Cursurile lui Billroth și ședințele sale operatorii demonstau o independență a gândirii, care se baza pe vastele sale cunoștințe medicale. Această gândire

propre îi dădea posibilitatea să creeze procedee. Într-adevăr am putea spune că aproape nu există capitol în vastul studiu al chirurgiei în care acest mare maestru să nu fi deschis căi noi.

Astfel sunt de o valoare nebănuită descoperirile sale în chirurgia stomacului, a tractului intestinal și a esofagului. Acest mare operator a deschis, deci, drumul celor mai temute intervenții abdominale de odinioară, colaboratorilor și urmașilor săi lăsându-le doar sarcina de a netezi aceste drumuri.

Talentul și simțul său artistic și l-a manifestat prin minunatele sale operațiuni plastice prin care de atâtea ori a reușit să reconstruiască anatomic țesuturi distruse de accidente sau boli.

Grație genului acestui neîntrecut maestru al bisturului s'a ajuns azi ca toate aceste intervențiuni chirurgicale să se poată executa cu ușurință pe o scară atât de întinsă și cu atât de remarcabil succes.

Aceste descoperiri și înfăptuiri în arta chirurgiei nu au rămas fără repercusiuni asupra celorlalte ramuri ale medicinei. Ele au avut darul să dărâme, în special, zidul ce exista până atunci între medicina internă și chirurgia organelor abdominale și să creeze chiar indicația exclusivă a terapiei chirurgicale la multe din afecțiunile considerate până atunci ca aparținând numai disciplinei patologiei interne.

Destinderea după o activitate atât de prodigioasă Billroth o găsea în viața sa familiară, tot atât de armonioasă concepută. Aceasta era de o înaltă concepție morală, adorându-și soarta și cei 5 copii, dintre cari

soarta necruțătoare a ținut să-l răpească 2, singurul băiat și o fată.

Dragostea sa pentru arta muzicală l-a fost cu toate ocaziile extenuării fizice și nervoase un refugiu, care-l reconforta în foarte scurt timp. Întreținea întinse legături de prietenie cu oameni de seamă, cu care își mai schimba idelle prin corespondență de o înaltă valoare spirituală.

Activitatea atât de multilaterală, dar în același timp și atât de obositoare nu poate să nu lase urme adânci și în fizicul lui Billroth, mai ales după ce acesta este debilitat de o gravă infecțiune pneumonică pe care o suferise cu câțiva ani mai în urmă.

În anul 1892, cu prilejul încheierii celui de al 50-lea semestru de învățământ, predat la Universitatea din Viena, este călduros sărbătorit de întreaga suflare germană. Cu această ocazie îl evidențiază marele Albert toate meritele, iar Împăratul Franz Iosef îl decorează cu cea mai înaltă distincție pentru știință și artă.

Iarna anului 1893—94 o petrece pe litoralul Adriaticel, unde în ziua de 6 Februarie închide ochii pentru vece, în vârstă de abia 65 de ani.

Prin moartea sa se stinge unul din cele mai puternice focare de lumină, care strălucea pe orizontul științei medicale în general și al artelor chirurgicale în special.

Prin pierderea lui Billroth, putem spune, alături de Christian, că „a dispărut cel mai însemnat dintre marii chirurgi a întregului secol al nouăsprezecelea.

Prof. Dr. Al. Pop

La o sută de ani dela nașterea doctorului Robert Koch

Epoca războinică, prin care trece omenirea, cu multiplele sale preocupări, și goana grăbită a timpului turburat de gravitatea unor probleme cari sunt chemate să decidă soarta națiunilor, a țărilor, a continentelor și a sistemelor de conducere, nu dau răgazul necesar societății să-și întoarcă privirile către memoria marilor ei binefăcători.

Oricât ne-ar fi însă legată atențiunea de imperativul altor meniri, nu putem trece în tăcere pe lângă evenimentul împlinirii unui secol dela nașterea descoperitorului *Robert Koch*. Atât mai mult se cade să aducem prinos de recunoștință și închinare memoriei doctorului Robert Koch, cât omenirea întreagă, fără considerațiune la rasă, naționalitate și religie, datorează mult spiritului său invențios. În special știința și disciplina medicală, bacteriologia, anatomia patologică, fiziologia, etc. pot mulțumi avântul lor în bună parte descoperirilor lui Robert Koch.

Memoriei sale și spiritualității sale luminate închinăm aceste cuvinte puține și fugare, cu prilejul împlinirii unui secol dela nașterea sa, din 11 Decembrie 1843. Tatăl său era pădurar, care avea o familie binecuvântată cu treisprezece copii. Robert era al treilea în ordinea sositrii în casa pădurarului. Singur s'a străduit să-și facă față cheltuielilor de studii și încă pe timpul când era medic sanitar de circumscripție s'a dedicat studiilor și cercetărilor de bacteriologie, care era cea mai tânără ramură a medicinei.

Căsătorit pe când avea 33 de ani, cu E. Adolphine Fraatz, găsește în ea nu numai o soție ideală și înțelegătoare, ci și un colaborator devotat și un ajutor prețios.

La început nu se cunoștea despre el decât atât: „Un oarecare medic dela țară, care acum doi ani a fost chemat la Berlin, pretinde că ar fi descoperit cauza antraxului sub forma unor vietăști vii”.

Nu peste mult apare în fața auditorului din sala Institutului Societății de Fiziologie din Berlin, un bărbat cu tâmpile bine încărunțite, de patruzeci de ani, care declară în fraze scurte, lapidare, simplu și convingător:

„Domnilor, am descoperit germenii tuberculozel. L-am cultivat în culturi pure. Prin aceste culturi am reprodus forme tipice de tuberculoză la animalele de experiență. Acest bacil care este mai mic decât a mia parte dintr'un milimetru, vi-l pot prezenta sub microscop. Acum va fi cu putință să luptăm cu molima blăstămată.”

Frazele scurte, rostite fără patos, răsunau ca un tunet în urechile auditorului curios. Siguranța și calmul care însoțea orice cuvânt, nu răbda nicio contradicție.

Dar auditorul a rămas neîncercător. Niciun gest de aprobare, nicio aplaudare n'a frânt tăcerea. Marele Virchow în semn de protest a părăsit sala fără să spună o silabă, deși auditorul își îndreptase privirile în primul loc către el, care era direct vizat prin zdrobitoarea descoperire a lui R. Koch.

Știința med. cală și reprezentanții săi erau divizați în două tabere opuse. O parte se împotriva să recunoască existența microorganismelor ca fiind în stare să producă anumite afecțiuni. Alții se opuneau părerilor răspândite că aceste microorganisme se formează în corpul omenesc din anumite substanțe toxice, care se produc în organism din cauze diferite.

Conceptia lor se lovea de teza lui Pasteur: vîleața derivă dela vîleața.

Robert Koch a recunoscut primul importanța covârșitoare a microcosmosului, în care trăesc cele mai mici ființe vii.

Cu temelnică caracteristică spiritului german și cu voință neobosită s'a dedicat cercetărilor bacteriologice.

În calea cercetărilor sale l-au ajutat patru factori principali: microscopul, aparatul Abbe de luminat, noua tehnică de colorat (cu ajutorul coloranților de anilină) și microfotografia întrebunțată de el prima dată.

Războiul era declarat. Adversarii se țineau pe poziții cu dârzenia condamnată.

Robert Koch, sigur pe armele adevărului, a documentat metodic, calm și irezistibil că fizia nu se datorează diferitelor cauze, ci bacilul tuberculozel ajuns în organism produce îmbolnăvirea și slăbirea forțelor.

În scurtă vreme numele medicului din circumscripția Wollstein în Posen era pe buzele tuturor, după descoperirile sale verificate și de alții.

Adversarii lui au fost nevoiți să recunoască, atât grandoarea, cât și importanța descoperirilor sale, căci în definitiv el nu erau adversarii personali ai lui R. Koch, ci în general ai bacteriologiei.

S'a crezut că în scurt timp după descoperirea germenului tuberculozel și boala va fi suprimată. Însuși doctorul Koch nutrea această convingere. Din concluziunile trase — în mod firesc — în urma descoperirilor sale, el produse în anul 1890 Tuberculina, ca antidotul tuberculozel.

Dar așteptările nu s'au tradus în realitate, spre regretul neîncetat al omenirii întregi. S'a stabilit că dușmanii cel mai neîmpăcați ai bacilului tuberculozel sunt factorii care asigură: igiena generală, condițiunile bune de viață și aerul curat. În acest înțeles a început o luptă gigantică de luminare a omenirii.

Pentru aceste servicii aduse umanității, științei medicale și bacteriologiei, i s'a oferit premiul Nobel în anul 1905.

Dar triumful străduințelor sale este atins abia peste doi ani, în campania din Levant, în fruntea comisiunii imperiale de cercetare a holerei, prin descoperirea bacilului holerei (Komma-Bacillus). Era vorba de o întrecere științifică între Germani, Francezi („Mission Pasteur” și Englezi.

Doctorul Koch în fruntea Institutului de boli infecțioase din Berlin, a întreprins călătorii de studii în țările mediteraneene și în Africa, adunând material de cercetare. Astfel a luat lupta cu pesta bovină, malarla, boala somnului etc., ieșind învingător din toate bătăliile date în contra dușmanilor fericiți omeniei.

La 27 Mai 1910 arma cade din mâinile sale, dar națiunea sa l-a așezat în mausoleu, iar știința îl păstrează vie memoria și-l aduce neîncetat recunoștință.

Dr. E. Nicoră,
Medic primar

Revistă generală

Considerațiuni asupra funcțiunii endocrine a prostatei

de

Dr. Petre Bruda, și **Dr. Ioan Bratu,**
șef de lucrări medic primar

Frecvența mare a afecțiunilor prostatei tratate conservativ sau chirurgical în clinica noastră, cât și dorința de a aduce o completare cât mai utilă numeroaselor lucrări făcute la noi și în alte servicii, asupra capitolului important al hipertrofiei de prostată, ne-a determinat să facem acest studiu de sinteză asupra funcțiunii endocrine a prostatei. Această glandă fiind tratată în studiile noastre anterioare mai mult din punct de vedere clinic și anatomopatologic, vom căuta ca înținând seamă atât de lucrările mai importante făcute asupra acestui principal capitol din patologia urolinară, cât și de părerile personale ale diferiților autori, să tragem concluziuni juste, atât asupra funcțiunii endocrine a prostatei, cât și asupra corelației ce există între prostată și celelalte glande cu secreție internă.

Am mai fost îndemnați spre acest studiu de sinteză și din cauza multiplelor manifestări clinice, observate imediat sau tardiv de foarte mulți chirurghi la bolnavii prostatectomizați, cari interesează în deosebi sistemul nervos și cari pot fi în mod neîndoielnic atribuite lipsei funcțiunii de secreție internă a prostatei. Aceste tulburări observate și de noi la bolnavii prostatectomizați, vor forma obiectul unei lucrări viitoare.

Studiul endocrinologic, prin extraordinara dezvoltare pe care a luat-o în ultimele decenii, a reușit ca să clarifice o întreagă serie de procese fiziolo-patologice și ca o consecință practică imediată și de o foarte ridicată valoare, să dea un deosebit impuls terapiei hormonale.

Prostata prin situația topografică pe care o are, se găsește la intersecția sistemului urolinar cu cel genital, din care motiv afecțiunea acestor două sisteme va interesa întotdeauna și prostata, acest organ pe care urologul — după afirmația lui Gujon — trebuie să-l exploreze și să-l cunoască așa cum internistul trebuie să exploreze și să cunoască cordul.

Prostata din punct de vedere fiziologic prezintă trei funcțiuni bine distincte: 1. *funcțiunea musculară*; 2. *funcțiunea de secreție externă* și 3. *funcțiunea de secreție internă*.

Funcțiunea musculară a prostatei asigură expulsiunea secreției prostatice, prin fibrele musculare elastice cari înconjoară flecare lob, îndeplinind astfel un important rol în ejaculație.

Funcțiunea de secreție externă, pe lângă rolul de a dilua sperma și de a favoriza mișcările spermatozoizilor prin acțiunea lichidului prostatic, mai are și un

rol excitator asupra lor, *Gasper și Percy* prin experiențe repetate au demonstrat că spermatozoizii mor repede în contact cu mucoasa uterină, dar în lichidul prostatic pot supraviețui și 7—8 zile.

Funcțiunea de secreție internă a prostatei, care ne interesează în mod special în studiul nostru, are misiunea de a regula spermatogeneza, de a acționa asupra funcțiunii testiculare și asupra activității sexuale și de a coordona funcțiunile prostatei cu celelalte organe și cu celelalte glande cu secreție internă.

Alterarea musculaturii colului vezical, în hipertrofia de prostată tradusă prin tulburări de contractibilitate, se atribuie tot unei lipse în secreția internă a prostatei, care acționează fie direct asupra tonusului muscular al vezicel, fie asupra testiculului care trimite în torrentul circulator o substanță ce influențează contractibilitatea musculară. (*Serralach și Parès*.)

Mecanismul intim al funcțiunii de secreție, atât internă, cât și externă a prostatei, e asigurat de contribuția tuturor elementelor celulare ale glandei. Totuși după părerea lui *Posner, de Bonis și Leonti*, lipozii sunt acela cari joacă cel mai important rol în producerea acestui mecanism. *Ciaccio, Randisi și Dominici*, de acord cu cercetările lui *Posner*, demonstrează că lipozii apar în prostată abia în epoca pubertății, fapt care denotă că apariția lor trebuie ca să fie neapărat în legătură cu activitatea sexuală. Se presupune că lipozii din celulele glandulare ale prostatei prin secreția lor internă regulează spermatogeneza, iar prin secreția externă a lichidului prostatic asigură conservarea și vitalitatea spermatozoizilor.

S'a dovedit în mod neîndoielnic că la bătrânețe prostata reacționează printr'un impuls hormonal vicios, cu urmare imediată și asupra funcțiunii altor glande cu secreție internă. Prin prostatectomie testiculul devine atrofic, iar secreția lui oprită. Lipsa secreției interne a prostatei, datorită *atrofiei senile a prostatei, prostatitelor cronice interminabile* și mai ales *prostatectomiei*, are repercusiuni însemnate și asupra sistemului nervos, lipsit de acțiunea tonică pe care secreția prostatică o exercită în mod continuu asupra lui. La aceste persoane pot surveni tulburări psihice grave traduse prin: melancolie, schimbare de caracter, neurastenii sexuală, impotență, tendință la sinucidere, demență etc. și uneori chiar și o incoordonare musculară, datorite toate acestor ahormonii prostatice.

După succinate date embriologice, anatomice, istologice și fiziologice, prin coordonarea și sistematizarea materialului nostru, vom arăta rolul pe care prostata îl exercită asupra fiecărei funcțiuni a organismului în parte și vom preciza corelația care există între prostată și celelalte glande cu secreție internă.

Embriologie. După *Hogge* și *Kruss*, prostata apare la finele lunii a 3-a sub forma a doi muguri simpli ori ramificați, care emerg din peretele anterior al uretrei, imediat deasupra orificiilor de deschidere ale viitoarelor canale ejaculatorie. Incepând din luna a IV-a, cei doi muguri iau forma unor tuburi ramificate ce se dezvoltă analog cu glandele salivare (*Kolitscher*). În dezvoltarea lor mugurii prostatei înglobează porțiunea terminală a canalelor lui Wolf (viitoarele canale ejaculatorie) și porțiunea terminală a canalelor lui Müller (viitoarea utriculă). Cei doi muguri se contopesc și și iau aspectul de prostată individualizată în luna a V-a.

Anatomie. Prostata e o glandă atașată tractului genital mascul și se dezvoltă în jurul porțiunii inferioare a uretrei. Are forma unui con răsturnat, turtit dinainte înapoi, cu baza în contact intim cu peretele vezical și cu vârful în contact cu aponevroza perineală mijlocie. În stare normală la adult măsoară 3 cm. în lungime, 4 cm. în lățime și 2,5 cm. în grosime. Fața ei posterioară e împărțită printr'un șanț vertical și median în doi lobi. La copil prostata e mică și ea ajunge dimensiunile dela adult abea în momentul pubertății.

Istologie. Prostata se compune dintr'o stromă conjunctivă foarte bogată în fibre musculare netede, rare și fibre striate și dintr'un parenchim compus dintr'un mic număr de cavități glandulare căptușite cu epiteliu cilindric. Adeseori glandele prostatice cuprind niște concrețiuni azotate speciale, numite simpexion. Din punct de vedere al anatomiei microscopice, glandele prostatice se divid în două grupe: unele formând mase relativ voluminoase care constituiesc prostata propriuzisă, iar altele așezate în jurul uretrei, formează glandele periuretrale. Prostata mai cuprinde în interiorul ei un canal, numit utricula prostatei ce se deschide la nivelul veru montanului, având o lungime de 1 cm. și o direcție oblică în sus și înapoi. Utriculo e formată dintr'un epiteliu analog cu cel al uretrei posterioare, epiteliu susținut de un țesut conjunctiv înconjurat de un țesut spongios. Prostata mai e străbătută și de cele două canale ejaculatorie înconjurate și ele de țesut spongios.

Vascularizație și Inervație. Arterele care irigă prostata derivă din arterele: genito-vezicală, hemo-oidală mijlocie și rușnoasă internă. Arterele pătrund în glandă și se divid în ramuri din ce în ce mai fine terminându-se într'o rețea de capilare periacinoase. Venele prostatei se varsă în venele latero-prostatice, vezicale

inferioare, veziculo-diferențiale și plexul lui Santorini. Limfaticele merg la trei grupuri de ganglioni: sub-pubieni, pre-sacrați și ganglionii așezați la nivelul bifurcației arterelor iliace.

Nervii prostatei, provin din plexul hipogastric și din perechile III și IV sacrate. Ei urmează în traectul lor arterele, pătrunzând în glandă odată cu ele. *Timofeev* descrie niște celule ganglionare simpatice intra-prostatice, celule care la pisică au fost localizate de *Landau*, iar la om de *Nicod* și *Heitz-Boyer*.

Compoziția chimică a prostatei. După *Hoffmann*, prostata are 4,33% cenușe bogată în Na, Fe, Ca, Cl, PO₄, H₃, SO₄, H₂.

Fiziologie. Foarte multă vreme prostata a fost socotită drept o glandă cu un rol puțin important. Autorii vechi îi atribulau un rol mecanic în micțiune, rol pe care după cum știm azi, prostata în mod normal nu îl are. Azi se admite în mod unanim că cel mai important rol al prostatei îl reprezintă funcția sa genitală. Încă demult s'a observat (*Hunter*) că la animalele hibernante, prostata e mică în timpul hibernării și că dimpotrivă atinge dimensiuni mari în epoca de rut. Acest fapt constituie o dovadă sigură că prostata intervine în funcțiunile genitale. Secreția exocrină a prostatei e reprezentată prin lichidul prostatic, care are un aspect alb cenușiu, lactesc, cu un PH de 7—7,4 (*Muchat*). Acest lichid în mod normal nu e excretat decât în momentul ejaculării, amestecându-se în mod intim cu sperma la nivelul uretrei prostatice. Compoziția chimică a lichidului prostatic a fost studiată de către *Camus*, *Gley* și *Doyon* și e compus din aproximativ 90% apă și 10% reziduu uscat. Reziduu e reprezentat mai ales prin Cl Na, SO₄ Ca, SO₄ Mg, (PO₄)₂ Ca. După *Mc. Carthy*, *Travers*, *Johnson* și *Killian*, cuprinde mult Ca și P. Acidul fosforic ar fi cam în aceleași cantități ca și în sânge. (*Huggins* și *Johnson*). Ca substanțe organice sau descrise albuminoide și lecitină *Morat* și *Dojon*. Adesea se mai găsesc în lichidul prostatic mici calculi rotunjiți, cu reacția corpiilor amilacei. Acești corpusculi reprezintă cam 15% din totalitatea substanțelor organice. Tot ca substanțe organice s'au mai descris în lichidul prostatic corpuri glucidice într'un procentaj mai mare decât glicemia (*Carthy*) ori în aceeași cantitate (*Huggins*), lipozii fosfatați, corpusculi granuloși, hialini și lipoidici. În lichidul prostatic au mai fost evidențiați și o serie de fermenți. *Camus* și *Gley* descriu un ferment cu acțiune coagulantă asupra lichidului vezicular, veziculaza, care e distrusă prin încălzire și e secretată după *Walker* de prostata anterioară. Rolul ei ar fi acela de a activa mișcările spermatozozilor. (*Fuhrbringer*), iar după *Thaon*, ar avea și o acțiune vasopresivă. *Huggins* și *Johnson* evidențiază în lichidul prostatic urme de substanță reductoare, iar *Kutschera* descrie o fosfatază

acidă. Lichidul prostatic e secretat în mod continuu și excretat intermitent numai în momentul ejaculării. Secreția e asigurată prin nervii hipogastrici (*Eckhardt, Mislowski*) iar excreția prin nervii erectori.

Centrul reflex periferic ar fi la nivelul ganglionului mezenteric inferior (*Mislowski și Borman*), iar centrul nervos central la nivelul măduvei lombosacrate. *Mislowski și Dromatschef* descriu și nervii inhibitori cuprinși în nervii erectori și mai ales în nervii hipogastrici, deoarece injecția de adrenalină scade secreția prostatică crescută anterior printr-o injecție de pilocarpină. În același sens conclud și cercetările lui *Moore, Price, Gallagher, Sergiewsky și Bachromeer*, cari după extirparea nervilor hipogastrici la câini, obțin o considerabilă creștere a secreției prostatice. Tot după acești autori, nervii hipogastrici intervin și în menținerea PH lichidului prostatic, deoarece concentrația ionică după extirparea nervilor hipogastrici, scade la un PH de 6,2—2,5. Este important ca PH-ul să se mențină la normal, căci sub un PH de 2,8 nu se mai observă mișcări ale spermatozoizilor.

După *Rohrer*, rolul prostatei ar fi următorul:

1. Diluând sperma și lubrefiind uretra, favorizează ejaculația.

2. Crește vitalitatea și activitatea spermatozoizilor. Mișcările spermatozoizilor sunt foarte vii imediat ce sunt puși în contact cu lichidul prostatic (*Walker*), dar ei mor rapid când ajung în contact cu mucoasa uterină. Dacă se adaugă mucusul uterin și lichid prostatic, ei trăesc 3—8 zile (*Percy*). După *Steinach*, nu poate exista fecundația fără lichid prostatic.

3. Favorizează formarea unui dop vaginal (prin veziculaza descrisă de *Gley*), dop care favorizează fecundarea.

Funcțiunea endocrină a prostatei

Funcțiunea endocrină a prostatei a fost întrevăzută încă de *Hunter*, la sfârșitul secolului trecut, iar ceva mai târziu de *Haberer*, în 1908. În 1920 *Bogolansky, Koranschewsky, Macht*, iar în 1925 *Hunt*, emit și ei părerea despre un rol endocrin al prostatei, rol dovedit în mod experimental în anul 1926 de *Ricitelli*, iar în 1928 de *Yamashita*. *Ricitelli* studiază efectul extractului apos de prostată de taur asupra organismului animal și uman. Experiențele lui au fost făcute pe iepuri și câini. Aceste animale injectate cu extract, prezintă o creștere a azotemiei și glicemiei paralel cu o scădere a limfocitelor. Din partea sistemului endocrin se observă o hiperfuncțiune prostatică și hipofizară (hipertrofia lobului anterior al hipofizei) și o degenerare a pancreasului endocrin.

Injectându-se la om 0,50 gr. de extract apos de prostată, se observă o hipertensiune arterială — ce in-

teresează mai ales maxima, — hipoglicemie în 60% din cazuri și o hiperazotemie în 77% din cazuri.

La cobai extractul administrat intravenos, duce la hiperglicemie și la variațiuni ale calciului, azotului și potasiului sanghin. La cobaiul nou născut în urma tratamentului mai îndelungat cu extract, se observă o slăbire cu distrofie cutanată și căderea perilor.

Creșterea și metamorfoza mormolocilor de broască e accelerată. Tot *Ricitelli* notează o scădere a curbei hemodinamice fără modificări ale curbei electrocardiografice.

Ricitelli și Constantzi observă că semințele incolțesc mai repede sub influența extractului, iar plantele sunt inhibitate în dezvoltarea lor, mai ales în ce privește creșterea frunzelor.

Din aceste experiențe se poate conclud că prostata influențează metabolismul proteolitic și glucidic, că stimulează hipofiza și suprarenala, că e antagonistă pancreasului și că modifică tonicitatea arterială, că intervine în troficitatea învelișului cutanat și al fanerelor și că activează creșterea cel puțin într-o anumită epocă.

Yamashita în 1928 execută la câini primele prostatectomii experimentale și notează următoarele fenomene: o scădere a uremiei și a glicemiei, o creștere a calcemiei și a azotului protidic, o accentuare a reacțiunii insulinice (hipoglicemie), iar din partea sistemului endocrin: atrofia și degenerescența testicolului, suprarenalei și tiroidel și o hipertrofie a pancreasului endocrin. Deci *Yamashita* confirmă experiențele și rezultatele lui *Ricitelli* în ce privește rolul endocrin al prostatei. Experiențele autorilor de mai sus au fost confirmate și completate de *Mandola, Japelli, Malozzi, Thaon, Macht, Del Buono, Koranchewsky, Carr, Hunt, Perrechia, Pardoll, Karassik, Patterson, Sevellach, Euler, Calef, Parès, Dubois, Papin*, etc.

În cele ce urmează vom încerca să coordonăm și să sistematizăm cercetările autorilor, căutând rolul celui exercitat prostata asupra fiecărei funcțiuni în parte.

Sângele. Sângele este modificat prin prostatectomie ori tratament cu extract prostatic în compoziția sa chimică și celulară. Dintre compușii minerali, Ca și K suferă variațiuni în urma administrării de extract (*Ricitelli*), nu însă întotdeauna în același sens. În urma prostatectomiei calciul sanghin crește (*Yamashita*). K sanghin crește prin excitarea nervilor prostatei (*Sergijewsky, Bachromejew*).

Dintre compușii organici ai sângelui, cel mai influențat sunt: ureea, care crește în urma administrării de extract și scade după prostatectomie (*Yamashita*), în același sens pare că e modificat și azotul total sanghin. În ce privește azotul total neprotidic, el crește atât prin administrarea de extract, cât și după prostatectomie. Azotul protidic crește după prostatectomie (*Ricitelli*,

Yamashita). Proteinele sanghine scad în urma administrării de extract și cresc în urma prostatectomiei (*Yamashita*). Glicemia crește după administrarea de extract în 60% din cazuri chiar și la om (*Ricitelli*), uneori însă scade (*Yamashita*), și scade întotdeauna după prostatectomie (*Yamashita*). Hipoglicemia insulinară e mai forte după prostatectomie (*Yamashita*).

Asupra *lipidelor* nu avem date precise, probabil însă că ele suferă o creștere prin prostatectomie fie printr-o acțiune directă, fie prin intermediul tiroidei.

Elementele figurate ale sângelui suferă și ele variații. După *Ricitelli* și *Yamashita*, limfocitele și euzinofillele scad în urma administrării de extract și cresc după prostatectomie. Serul de cobai, pregătit prin injecții de prostată de câine — ser anti-prostată — produce o euzinofilie (*Mendola*, *Jappelli*, *Malozzi*, *Thaon*, *Macht*).

Tot *Ricitelli* notează în urma administrării de extract, o scădere a curbei hemodinamice fără modificări a curbei electro-cardiografice, iar *Yamashita* notează o creștere a curbei de disociere a oxigenului, fenomenul contrar observându-se la prostatectomizați. Cuagulabilitatea sanghină crește după prostatectomie, iar puterea antibacteriană scade (*Mendola*).

Metabolismul încă este influențat de prostată. *Koranchewsky* și *Carr* constată o scădere a metabolismului basal cu 11% timp de două zile în urma administrării de doză unică de extract. După *Stefani*, efectul ar fi tocmai contrarul. Se pare că prima părere e cea adevărată, căci *Perrechia* prin grefe prostatice obține tot o scădere a metabolismului basal.

Prostatectomia la câinii tineri provoacă o creștere puțin accentuată și neregulată, iar uneori o lipsă de modificare a metabolismului basal.

Metabolismul protidic este și el influențat de prostată, deoarece administrarea de extract prostatic provoacă o creștere a azotemiei, a ureei, a azotului total neprotidic, a proteinelor și a azotului protidic din sânge.

Metabolismul glucidic suferă și el variații. Extractul prostatic crește glicemia la 60% din cazuri, iar prostatectomia o scade. Reacția la insulină e mai puternică la animalele prostatectomizate. *Karanic* evidențiază in vitro existența unei amilaze care e distrusă prin încălzire la 70° C și care ar avea rolul de a descompune corpusculul amilacel din lichidul prostatic și de a elibera astfel din el glucoza necesară nutriției spermatozoizilor.

Metabolismul mineral e și el influențat. Calciul și potasiul sanghin suferă modificări în urma administrării de extract prostatic. După *Calef*, extractul injectat local în focarele de fractură stimulează formarea calusului și osteogeneza. După *Stefani*, coaja dela ouăle găinilor tratate cu extract e mai groasă. Faptul observat de

același autor că extractul provoacă albinism, dovedește și rolul prostatei în metabolismul sulfului.

Aparatul cardio-vascular e modificat în sensul unei vasodilatații, extractul provocând o hipotensiune arterială mai ales în ce privește tensiunea maximă (*Ricitelli*). *Euler* obține o creștere a tensiunii arteriale la câini, prin extract de prostată de om. Prostata de porc e lipsită de orice efect vasopresiv la câini.

După *Yamashita*, extractul ar avea o acțiune adrenalică și antihinsulinică. *Sewelach*, *Mallion*, *Morel* și *Papin* obțin prin administrare de extract o vasodilatație peno-testiculară.

Aparatul urinar e influențat prin extractul prostatic în sensul unei stimulări a diurezelor (*Stefani*). După *Dubois* și *Boulet*, extractul provoacă contracția vezicii în situ la câine. Asupra vezicii urinare izolate are o acțiune tonică. *Dubois* și *Boulet* admit și o acțiune directă a hormonului prostatic asupra detrusorului vezicii, pe când *Matsch* și *Matsumo* cred că e vorba de o acțiune nespecifică, deoarece proprietatea de a provoca contracțiunile mușchilor netezi este un apanaj al extractelor tuturor glandelor. Alți autori pledează tot pentru o acțiune indirectă, fie prin intermediul sistemului nervos, fie prin intermediul sistemului vascular (prin hipertensiune).

Aparatul genital. Extractul prostatic administrat la câine, timp de una lună în doze mari duce la azospermie (*Serralach*) și la o puternică vasodilatație testiculară. Administrat în doză mică, extractul favorizează și mărește spermatogeneza. Penisul încă suferă o vasodilatație în urma administrării de extract. La animalul nou născut și la sugă, extractul provoacă o accelerare în dezvoltarea și maturarea organelor genitale. După *Serralach* și *Parès*, extractul ușurează ejaculația printr-o acțiune directă asupra testicolului și a veziculelor seminale. Atât extractul, cât și grefa provoacă în mod constant libido la bătrâni prostatectomizați, la care grefa testiculară simplă, neasociată cu cea prostatică nu are rezultat (*Hunt*). Grefa prostatică executată la câinii tineri duce la o senilitate prematură (*Perrechia*). După *Oppenheim*, prostatectomia duce la ginecomastie; iar la șoarecii albi în vârstă de 5—6 săptămâni la sterilitate (*Patterson*) fără ca potența coeundi să fie influențată (*Pardoll*) sau e influențată numai în sensul unei întârzieri.

Prin prostatectomie testicolul devine atrofic și secreția lui e oprită, fenomene amendate însă prin administrare de extract prostatic.

Din aceste observații reiese că secreția prostatică acționează asupra funcțiilor testiculare printr-un hormon care favorizează spermatogeneza. *Berti* și *Molisani*, dovedesc existența secreției interne a prostatei, prin grefe subcutanate de prostată făcute la pisici. Exa-

mlnând, după 15 zile aceste grete reușite, cu ajutorul microscopului evidențiază figuri de carlokineză, care pot fi explicate numai prin acțiunea secreției interne.

Aparatul digestiv e influențat prin tratament cu extract prostatic în sensul unei micșorări a contractibilității intestinale, ce merge uneori până la inhibiția completă a mișcărilor peristaltice. Acțiunea este electivă exercitându-se asupra fibrelor musculare longitudinale.

Sistemul nervos. Rousing, notează la om în urma prostatectomiei, tulburări psihice ca melancolie, schimbare de caracter, neurastenie sexuală, demență și chiar incoordonări musculare. Aceste fenomene sunt interpretate de Dubois, Boulet, Wossido etc. drept manifestări clinice ale unei ahormonii prostatice.

Macht și Bloom prin experiențe asupra șobolanilor antrenați la străbaterea unui labirint, dovedesc că hormonul prostatic nu are nicio acțiune asupra funcțiilor psihice și în special asupra memoriei.

Totuși acțiunea prostatei asupra sistemului nervos pare sigură, cel puțin în ce privește sistemul medular, deoarece la șobolanii prostatectomiizați și antrenați apoi la mersul pe o coardă, se observă o încetinire și o scădere în vigoare a mișcărilor mai ales în mișcările trenului posterior. Faptul că tratamentul cu extract prostatic amendează fenomenele nu e decât o probă în plus, mai ales că încetarea tratamentului face ca tulburările să apară. (*Macht și Ulrich*).

Troficitatea e modificată și ea în urma tratamentului cu extract prostatic, căci în urma acestui tratament la cobaiul nou născut se remarcă o slăbire cu distrofie cutanată și căderea perilor (*Riciteli*). *Perrechia* obține la câinii tineri o senilitate precoce prin administrare de extract, iar *Mendola*, *Malozzi*, *Thaon* și *Macht* obțin tulburări trofice ale pielii prin prostatectomie.

Creșterea. Extractul grăbește creșterea și metamorfoza mormolocilor de broască (*Riciteli*), semințele de vegetale incolțesc mai repede, iar plantele odată germinate sunt oprite în dezvoltare, mai ales în ce privește frunzele. Extractul mai grăbește înflorirea plantelor, iar adăugat la mediile de cultură de micoze și microbi grăbește dezvoltarea și înmulțirea lor. Prostatectomia prin raze X (*Del Buono*) duce la oprirea în dezvoltare a câinilor tineri, iar la cel adulți provoacă torpoare și căderea perilor.

Modificările sistemului endocrin.

Sistemul endocrin e modificat de prostată atât din punct de vedere fiziologic, cât și anatomic.

Prostata sub influența extractului, prezintă o hiperfuncțiune (*Yamashita*, *Riciteli*). După *Perrechia* și *Pardoll*, grefa de prostată provoacă leziuni de hipertrofie și hiperplazie prostatică.

Hipofiza în urma administrării de extract, prezintă semne de hiperfuncțiune (*Riciteli*) cu hipertrofia celulelor euzinofile din lobul anterior (*Yamashita*). După același autor în urma prostatectomiei hipofiza devine mai grea.

Suprarenala prin extract e hipertrofiată, iar acțiunea adrenalinei e întărită și prelungită (*Riciteli*, *Yamashita*). Prostatectomia duce la o degenerescență și o atrofie a suprarenalei, mai ales în ce privește medulara (*Yamashita*).

Pancreasul prezintă la cobai leziuni de degenerescență și atrofie după administrare de extract prostatic. Administrat la animal în injecții, are o acțiune anti-insulinică și adrenomimetică. Prin prostatectomie insulele lui Langerhans sunt hipertrofiate și hiperplaziate (*Yamashita*).

Testiculul. Pentru a demonstra influența secreției interne a prostatei asupra spermatogenezei, *Pavone* arată că la arici, se produce în decursul hibernării o atrofie testiculară care durează până primăvara când organele își relau funcția lor normală. *Serralach* și *Parès* arată că la câinele prostatectomizat testiculul se atrofiază, spermatogeneza scade și că sperma timp de mai multe luni nu conține niciun spermatozoid. Injectând acestor animale extract glicerinat de prostată, se produce o vasodilatație testiculară urmată de o abundentă secreție de spermă. De asemenea extractul ușurează ejaculația prin acțiune directă la nivelul testiculului și veziculelor seminale. După *Stefani* extractul prostatic grăbește dezvoltarea organelor genitale, iar după *Perrechia* grefa prostatică duce la dezvoltarea țesutului conjunctiv testicular în dauna elementelor epiteliale.

Serul cobailor preparat timp îndelungat cu injecții de extract testicular (ser anti-prostată), injectat la câini provoacă o degenerescență și o atrofie testiculară (*Yamashita*).

Continuare în Nrul viitor.

CLINICA CHIRURGICALĂ ȘI BOLILE CĂILOR URINARE
CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Emil Teposu

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P.
Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate.
Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97



Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv

8. ADES.

Nevrita optică retro-bulbară bilaterală vindecată prin dubla trepanare sfeno-etmoidală

G. Buzoianu, I. Păcurariu, M. Iubu

Cazurile de nevrită optică retro-bulbară tratate în clinica noastră din Cluj și din Sibiu prin trepanare sfenoidală și etmoidală sunt în prezent în număr apreciabil. Acest fapt se datorește numai colaborării binevoitoare a clinicii oftalmologice de sub conducerea profesorului Mihail.

Clinica oftalmologică este astăzi destul de documentată asupra rezultatelor uneori miraculoase pe care le poate produce o trepanare sfeno-etmoidală în nevritele optice retro-bulbare, care întârzie să se vindece sub influența unui tratament ocular sau care sunt rezistente la acest tratament.

Apartine în aceste cazuri oculistului să pună indicația intervenției operatorii, iar rinologistului să execute pur și simplu deschiderea largă a sinusurilor sfenoidale și etmoidale posterioare. Tot oculistul urmărește rezultatele vizuale ale intervenției pe când rinologistul se ocupă cu cicatrizarea plăgii operatorii să se facă în bune condițiuni.

Rezultatele pe care le-am obținut în Cluj în colaborare cu clinica oftalmologică și rezultatele obținute în Sibiu în două cazuri anterioare tratate de asemeni în colaborare, ne îndreptătesc împreună cu o serie de autori străini să considerăm trepanarea sinusurilor posterioare nasale în nevritele optice retro-bulbare când operația este indicată, ca o operațiune care salvează însăși viața. Spunem acest lucru deoarece salvarea vederii este însăși salvarea vieții. Dacă s'a socotit drept acțiune divină redarea vederii unui om care este periclitat s'o plardă, apoi în cazul nostru special este într-adevăr o operă de aceeași esență în a executa o intervenție la baza craniului în fundul foselor nasale pentru a reda astfel vederea unui bolnav amenințat să și-o plardă.

Nu e locul să insistăm asupra mecanismului de acțiune al intervenției, asupra raționamentului de diagnostic causal diferențial, care ne duce la indicația deschiderii sinusurilor sfenoidale, nici asupra felului cum trepanăm și pentru ce trebuie să trepanăm atât sfenoidul cât și etmoidul. Am făcut în parte acest lucru în unele din publicațiile noastre anterioare. Ne vom limita aici să redăm foaia de observație clinică a bolii noastre caz care prezintă o nevrită optică retro-bulbară bilaterală și în care am fost nevoiți să practicăm o trepanare dublă sfeno-etmoidală în aceeași ședință operatorie. Iată noua noastră observație din Sibiu:

Observație clinică. Nevrita optică retro-bulbară vindecată prin dubla trepanare a sinusurilor posterioare nasale.

Bolnava H. Irena în vârstă de 31 ani are antecedente hereditare și personale fără importanță. În ziua de 15 Iulie 1943 a observat că are dureri în profunzimea ochilor în timpul mișcărilor de lateralitate. De asemeni aceste dureri apar la cea mai mică presiune a globilor oculari în orbită.

După câteva zile constată că are turburări de vedere întâi la ochiul stâng apoi ambii ochi parcă priveau prin ceață. Nu vedea obiectele clar.

Un prim medic oculist pe care l-a consultat i-a spus că este vorba de o simplă răceală și i-a prescris antigripale. După două zile toate fenomenele oculare, durerea și ambliopia se accentuează. Un alt oculist consultat constată o midriază bilaterală. În fine în Focșani i s'a fixat diagnosticul real de nevrită optică. I s'a recomandat un tratament anti-infecțios și cercetarea focarelor.

La 20 Iulie este examinată și tratată de d-l Dr. Păcurariu asistent la clinica oftalmologică administrându-i-se injecțiuni cu stricnină, atropină și cu betaxin. I s'au scos toate focarele dentare. Analiza sângelui și a lichidului cefalo-rahidian a fost negativă. Acest tratament i-a adus o ameliorare.

În clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj-Sibiu intră la 15 VIII. 1943. I s'a practicat trepanarea sfeno-etmoidală bilaterală pe calea cornetelor în aceeași ședință operatorie. Chiar de a doua zi bolnava constată o ameliorare apreciabilă și într'un timp mai rapid, decât înaintea intervenției. La trei zile după operație distinge în parte culorile. Iese din clinică după opt zile de internare cu vederea bilaterală mult revenită. Iată examenul ocular înainte și după intervenție făcut de d-l Dr. Păcurariu: *Înainte de intervenție* (17 VIII. 1943) vederea 5/10 la ambii ochi. Câmpul vizual: strâmtorare concentrică de 20-30° la o. d. și 10-15° la o. s. Acromatopsie totală. Reflexele pupilare normale. Ușor edem al ambelor papile, cu atrofie papilară incipientă, mai accentuată la ochiul drept. *După operație*: Vederea 5/5 la ambii ochi la 9 zile după intervenție. Câmpul vizual aproape normal. Discromatopsie pentru roșu-verde. Câmpul vizual la ambii ochi aproape normal, atât pentru alb, cât și pentru culori.

Acest nou caz de nevrită optică retro-bulbară bilaterală vindecat prin ajutorul trepanării sfeno-etmoidale arată rezultatele minunate pe care le putem obține prin această intervenție într'o afecțiune oculară atât de gravă.

Trepanarea sfenoidului și a etmoidului posterior în unele nevrite optice retro-bulbare constituie pentru laringolog alături de laringectomia practicate pentru neoplasmele laringeene și alături de cranectomiile timpanomastoidiene pentru meningitele otice, cele trei mari acțiuni operatorii minunate ale specialității oto-rino-laringologice.

Toate trei aceste operațiuni salvează viața scădând la timp practicate și în cazurile bine determinate,

bolnavii dela o pleire sigură sau dela o situație egală cu pleirea cum e cazul nevritelor retro-bulbare.

Operațiunea de trepanare sfenoidală și a etmoidului posterior este așa cum am arătat totdeauna o operațiune simplă însă foarte delicată din cauza raporturilor anatomice de vecinătate foarte delicate. În cazurile operate de noi totdeauna am verificat deschiderea sfenoidului prin controlul radiografic post operator introducând un stillet în plină cavitate sfenoidală trepanată. Acest lucru chiar când am avut siguranța vizuală în timpul operațiunii. Justificarea acestei atitudini constă în faptul că numeroasele anomalii sfeno-etmoidale pot interpune uneori o celulă etmoidală în locul sinusului sfenoidal, iar deschiderea acestei celule etmoidale posterioare să dea impresia deschiderii false a sfenoidului. Controlul radiografic post operator înalătură totdeauna această posibilitate de interpretare greșită.

Observațiunea de față arată încă ce binefăcătoare este pentru bolnav colaborarea dintre oculist și rinolog în domeniul nevritelor optice retro-bulbare cu atât mai mult, cu cât astfel de bolnavi se prezintă în primul rând oculistului.

Bibliografia clinicii noastre

1. Buzoianu G.: *Nevrita optică retro-bulbară acută de origine naso-sinusală* Asociația internilor și foștilor interni de spital, 16 Decembrie 1927. Revista „Spitalul”, Martie 1928, pag. 110.
2. Buzoianu G.: *La trépanation sphéno-ethmoïdale dans les névrites optiques* (avec cinq cas cliniques). Revue des sciences Oto-Rhino-Laryngologiques, fondée à Cluj, Juillet 1939, Revue de laryngologie, otologie, rhinologie, Sept.—Oct. 1939, (Paris).
3. Buzoianu G.: *Névrites optiques rétro-bulbaires guéries par trépanation sphéno-ethmoïdale* (avec deux nouveaux cas). Revue des sciences Oto-Rhino-Laryngologiques, fondée à Cluj, 1 Juillet—1 Octobre 1941.
4. Buzoianu G.: *Neuritis optica retro-bulbaris geheilt durch sphéno-ethmoïdale trepanation*. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 15, 11 Aprilie 1942.

5. Buzoianu G., Păcuraru și Iubu: *Nevrita optică retro-bulbară vindecată prin trepanarea sfeno-etmoidală* (alt caz clinic). Societatea științelor medicale Cluj—Sibiu, 22 Mai 1942, Ardealul medical pag. 358 August 1942.

6. Buzoianu G., Păcuraru, Iubu: *Une nouvelle observation de névrite optique rétro-bulbaire guérie par trépanation sphéno-ethmoïdale*. Revue des sciences Oto-Rhino-Laryngologiques, fondée à Cluj, Juillet—Octobre 1942.

RESUMÉ

Névrite optique rétro-bulbaire bilatérale, guérie par la double trépanation sphéno-ethmoïdale

Une malade de 31 ans fait une névrite optique rétro-bulbaire bilatérale, que seul le traitement oculaire ne réussit pas à améliorer. Puisqu'on ne constate rien de particulier dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien, la malade est soumise au traitement rhinologique. On exécute une trépanation sphéno-ethmoïdale bilatérale dans la même séance opératoire. Le résultat de cette opération fut excellent, la vue de la malade revenant rapidement pour les deux yeux.

ZUSAMMENFASSUNG

Doppelseitige, retrobulbäre Neuritis der Sehnerven geheilt durch Trepanation der Sieb- und Keilbeinhöhlen

Eine 31 jährige Frau erkrankt an einer beiderseitigen optikusneuritis welche sich auf rein okulistische Behandlung nicht bessert. Da von seiten des Nervensystems, des Blutes und Liquors nichts pathologisches zu verzeichnen ist wird Patientin zur rhinologischen Behandlung überwiesen. Es wird in einer Sitzung eine Trepanation der Sieb- und Keilbeinhöhlen durchgeführt. Das Ergebnis war eine rasche Besserung des Sehvermögens, obwohl die geöffneten Höhlen makroskopisch normal waren.

Bila calcară

de

Dr. Constantin Berariu

Bila calcară sau bila în formă de lapte de var (Kalkmilchgalle, Milk of calcium bile) este un simptom radiologic care n'a fost descris decât relativ recent în literatura radiologică. Cazurile diagnosticate radiologic sunt puține, fiindcă aspectul și semnificația acestui simptom nu sunt încă destul de cunoscute în cercurile mai largi ale radiologilor.

Bila calcară se întâlnește în cazuri de litiază biliară când coila vezicii sau canalul cistic sunt complet și

pentru multă vreme obstruate de un calcul inclavat, sau un proces patologic de altă natură. În aceste cazuri se îngroașă conținutul vezicii biliare și ajunge să fie format într-o proporție de până la 95% din carbonat de calciu. Se înțelege că mai este nevoie de factorul teren, adică de un metabolism viciat al calciului, fiindcă nu fiecare cistic obstruat duce la formarea bilei calcare, precum nu orice mușchi lovit dă mlozita osificată.

Cazul care a prilejuit această comunicare este al unei doamne ce a fost trimisă de un coleg la data de 12 Mai 1941 pentru un examen radioscopic al tubului digestiv.

Doamna S. D., născută în anul 1910, l-a consultat pe acel coleg pentru tulburări dispeptice însoțite uneori de dureri localizate în epigastriu și hipocondrul drept, și de migrenă. Primele crize mici, mai mult cu caracter de indispoziții, le-a avut în anii 1931—32, deci la vârsta de 21—22 ani. Cu timpul crizele s-au agravat și au luat forma unor dureri foarte intense, în centură.

În Aprilie 1936 a fost examinată într'un sanator particular din localitate cu următorul rezultat: stomac-duoden normal. Cholecistografia orală este negativă, în schimb se găsesc în hipocondrul drept câteva umbre de intensitate calcară care sunt luate drept calculi renali, cu toate că simptomele clinice dela acea dată arătau în direcția unei suferințe a vezicii biliare. În urma acestei cholecistografii negative i se face diagnosticul de cholecistită și litiază renală dreaptă.

După tratamentul și regimul ce i s-au dat, crizele se răresc și scad în intensitate. Pacienta se căsătorește în 1937 și are o sarcină și naștere normală, în timpul căreia însă crizele s-au accentuat din nou și a avut accidente febrile până la 40°, despre care nu știe cărei cauze erau de atribuit.

La examenul radioscopic dela 12 Mai 1941 ne-a izbit din primul moment o umbră intensă, calcară, ce se găsea în hipocondrul drept și care avea forma și aspectul unei păstăi de mazăre în care boabele erau date de câteva clarefierii rotunde. Pe radiografia ce am făcut atunci se vede imaginea unei vezici biliare mici, chircite, în care se disting 3 clarefierii rotunde, cu aspect de calculi, înconjurată de o masă intens opacă. Am considerat această imagine ca o calcefiere totală a vezicii biliare, ca un bloc calcefiat, format din vezică și conținutul ei.

Pacienta s'a mai supus, la rugămintea noastră, unor examinări radioscopice și radiografice în anii 1942 și 1943. Una din radiografiile a fost făcută în poziția ventrală, culcată. Spre surpriza noastră am văzut atunci că imaginea vezicii se poate modifica cu poziția, deci ea nu formează un bloc calcefiat, fix, ci pare a fi o vezică moale, cu conținut opac, maleabil. Pe una din aceste radiografii se disting 5 calculi așezați în șirag, cel mai de sus fiind la înălțimea colului vezicii, dacă nu chiar în canalul cistic.

Modificarea imaginii vezicii cât și calculii care obstruiază colul vezicii, eventual chiar cisticul, ne-au pus pe calea diagnosticului adevărat, cel de bilă calcară.

Pacienta nu mai suferă de prezent decât de dureri de cap migrenoide și tulburări dispeptice în legătură cu unele abateri dela regimul prescris, încât nu există nicio indicație operatorie afară de cea preventivă, pe care însă pacienta, lipsită de tulburări locale, nu o consideră ca suficientă pentru a se supune unei intervenții, ultima confirmare a unui astfel de diagnostic.

Primele observații de bilă calcară se datoresc chirurgilor. Churchman semnalează în 1911 că a găsit într'o vezică biliară o masă care are consistența și aspectul pastei de dinți. Analiza chimică a arătat că masa era constituită „în cea mai mare parte din săpunuri de săruri de calciu. Nu s-au găsit pigmenți biliari, în schimb s-au aflat unii acizi grași liberi. Ductul cistic era complet astupat de calculi.” Churchman menționează că n'a putut găsi un caz similar în literatura medicală. Termenul de Kalkmilchgalle a fost creat de Volkmann, care descrie în 1926 două cazuri la care vezicile biliare operate conțineau în loc de bilă un lichid alb, opac. Uneori acest lichid sau pastă a fost luat drept

barlu, care ar fi intrat în vezica biliară cu ocazia unui examen radiologic al stomacului (Demel și Schultze, Freeman). Sasse a crezut că masa plastică verde gălbule pe care a găsit-o în cazul său, este substanța de contrast dată pentru cholecistografie, care s'ar fi îngroșat.



Fig. 1. — Poziție verticală. Se văd 3 calculi înconjurați de bila calcară opacă.

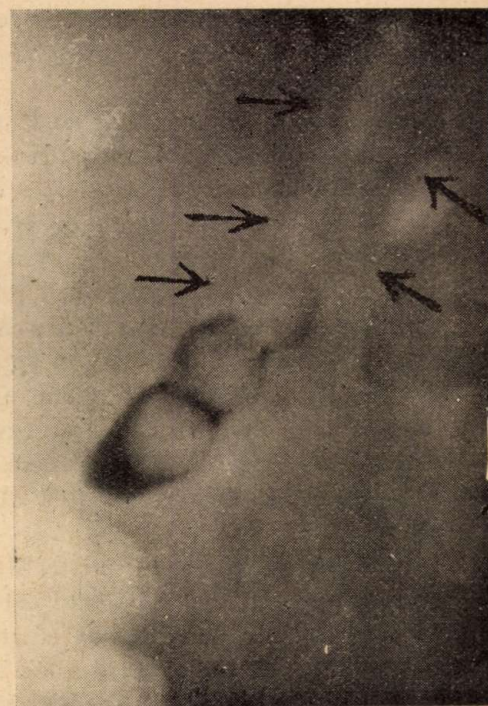


Fig. 2. — Poziție ventrală. Forma vezicii și repartitia bilei calcare s'au modificat. Se văd acum 5 calculi, cel mai superior în canalul cistic.

În toate aceste cazuri analiza ulterioară a arătat că era vorba de carbonat de calciu.

Lucrări cu privire la bila calcară se găsesc în literatura medicală germană, americană și suedeză. Articolele de punere la punct în cele trei limbi sunt: I. Berg pentru literatura germană (a adunat 8 cazuri), Kornblum-Hall pentru cea americană (1 caz personal și alte 4 diagnosticate retrospectiv), și Knutson pentru cea suedeză (12 cazuri din Institutul de Radiologie din Ackerlund). Volkman evaluază în 1941 la 40 numărul cazurilor de bilă calcară cunoscute în literatura mondială, dintre care aproximativ jumătate au fost diagnosticate radiologic.

Cum am spus mai sus, bila calcară este un simptom radiologic, încât nu poate fi diagnosticată decât radiologic sau așa cum au fost găsite primele cazuri, pe masa de operație sau autopsy. Ea nu determină simptome clinice caracteristice, ci se găsește la cazuri care au prezentat simptomele curente de suferință a vezicii biliare, de cele mai multe ori colici ușoare și distanțate.

Vârsta bolnavilor, aproape exclusiv femei, la cazurile cu date complete pe care le-am putut afla în literatură, variază între 31—69 ani.

Din punct de vedere anatomo-patologic, au fost găsite în majoritatea cazurilor vezicii biliare mici, chistice, față de un număr mic de vezici dilatate, sub tensiune.

Istologic s'a găsit o inflamație și îngroșare a peretelui vezicii, uneori cu o sporire a țesutului fibros. În afară de depozitul de carbonat de calciu, s'au aflat întotdeauna calculi de colesterol și pigmenți biliari. În aproape toate cazurile cu raport operator amănunțit găsim menționată unul sau mai mulți calculi inclavați în colicul vezicii sau în canalul cistic.

După o comunicare personală a lui Ravdin, pe care o citez din lucrarea lui Kornblum și Hall, calculul din vezica biliară poate fi găsit sub patru forme diferite: 1. ca un lichid lăptos; 2. sub formă de vine opace într-o masă gelatinoasă transparentă; 3. ca o materie pastoasă; sau 4. sub formă de calcul alb, format exclusiv din carbonat de calciu. S'ar putea ca aceste forme variate să reprezinte stadii transitorii spre forma ultimă, calculul alb de carbonat de calciu. Coloarea conținutului vezicii va fi în funcție de prezența sau absența bilei. Când bila lipsește conținutul este lăptos, alb, iar când se găsește și bilă el va fi verde-gălbui sau roșatic-brun.

S'au enunțat multe păreri cu privire la modul cum la naștere bila calcară. Cel mai mulți autori cred că obstrucția canalului cistic este condiția esențială. La operație nu s'a găsit calculi inclavați în toate cazurile, ceea ce nu exclude însă prezența unei obstrucții datorite altor cauze, de exemplu inflamatorii sau neoplazice. Este de altfel logic să presupunem că cisticul trebuie să fie astupat, fiindcă dacă ar fi permeabil, bila calcară

s'ar evacua pe căile naturale. Un argument în plus este faptul, că în cazurile de bilă calcară umbra vezicii nu se modifică dacă cercăm să facem o cholecistografie pe cale intravenoasă sau orală, ceea ce ne arată că cisticul este impermeabil în ambele sensuri. Într'un singur caz din seria de 12 publicate de Knutson s'a obținut o cholecistografie pozitivă.

Pentru ca să se formeze ca'cul și în urmă bilei calcară este nevoie ca să existe mai întâi o infecție a căilor biliare (se exceptează cazurile de diateză cholesterinică). Dovadă sunt modificările histologice, febra și creșterea vitezei de sedimentare. În timpul congestiei și inflamației vezicii biliare aceasta secretă un exudat bogat în calciu și albumine, care duce în cazurile de obstrucție a canalului cistic la empiem. Dacă infecția s'a făcut cu agenți patogeni mai puțin virulenți, conținutul vezicii devine cu timpul steril, materiile organice și pigmenții biliari se resorb pe când materiile anorganice, în speță calciul, sunt reținute. Acestea se concentrează și conținutul vezicii biliare se îngroșă, formând bila calcară. Procesul acesta de resorbție selectivă a materiilor organice prin peretele vezicii biliare îmbolnăvite nu este dovedit experimental în toate amănuntele, el este însă admis în urma cercetărilor lui Andrews, Hrdina și Demel.

Dacă recapitulăm cazul nostru pe scurt și în lumina celor expuse până acum, vedem că intrunește toate momentele care duc la formarea bilei calcare: boala a început la 21 ani cu tulburări dispeptice și mici crize. A avut la 27 ani crize mari și accidente febrile până la 40°, când credem că s'a produs inclavarea calculului și a început formarea bilei calcare. Cu timpul crizele se răresc și dispar, fiindcă conținutul vezicii devine steril.

Numărul cazurilor cunoscute de bilă calcară ar spori dacă s'ar încetățeni obiceiul ca înainte cholecistografiilor să se facă o radiografie simplă sau cel puțin o radioscopie atentă a hipcondrului drept. Este probabil că un procent mic din cholecistografiile pozitive sunt în realitate cholecistografii negative ale unor vezici biliare ce conțin săruri calcare în suspensie.

După ce cunoaștem aspectul radiologic al bilei calcare este ușor să facem diagnosticul diferențial. Prima condiție este ca vezica biliară să fie vizibilă fără nici un fel de pregătire prealabilă. Diferențierea vezicii biliare de o eventuală calcificare renală sau peritoneală se face după planul diferit în care se găsesc vezica, rinichii sau ganglionii peritoneali. Diagnosticul diferențial față de un calcul mare, solitar, care ar umple întreg lumenul vezicii, se face după următoarele semne: calculul solitar prezintă aproape fără excepție o anumită structură radială, sau mai des concentrică, pe când la bila calcară cu cantitate mai mare de bilă se vede o stratificare orizontală pe radiografiile făcute în picioare.

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0 05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Fenilchinolin

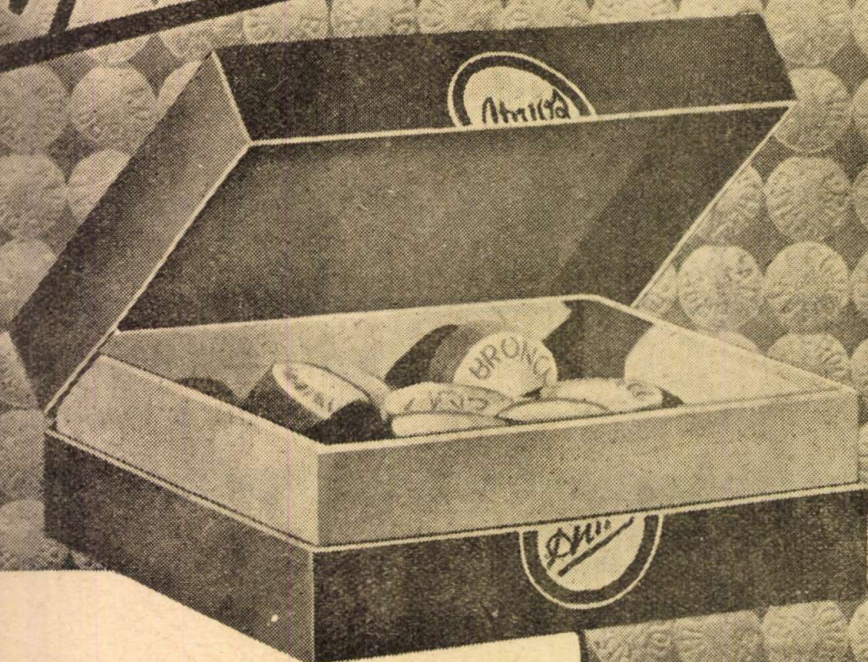
Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6.

În plus la acestea forma vezicii biliare se va modifica după poziția bolnavului sau după compresunea dozată a regiunii. Se diferențiază cu ușurință și calceflerile peretelui vezical, fiindcă aici se găsește un inel intens opac, corespunzând peretelui calceflat ce se proiectează tangențial, iar în interiorul inelului se văd pete difuze de umbră, solzii de calciu ce apar în transparență.

Cholecistografiile pozitive la care nu se observă o contracțiune a vezicii biliare după administrarea galbenului de ou ar fi bine să fie reexaminare până la evacuarea vezicii, fiindcă ar putea fi cazuri nerecunoscute de bilă calcară. Să se caute cu atenție eventualii calculi inclavați în cistă.

Kornblum și Hall amintesc un caz al lor când vezica biliară nu s'a contractat și a rămas nemodificată ca aspect timp de 24 ore, încât ei credeau că se găsesc în fața unui nou caz de bilă calcară, când la un examen făcut după 72 ore, imaginea vezicii dispăruse. Pacientul a avut cu o zi înainte de ultima examinare o colică mare, încât autorii cred că după ce s'a umplut vezica cu substanța de contrast s'a produs inclavarea unui calcul care a fost înlăturat în timpul ultimei crize. Cazul acesta ilustrează varietatea surselor de erori în diagnosticul bilei calcare.

Tratamentul bilei calcare este același ca pentru litlaza biliară. Singurul tratament radical este cel chirurgical.

Literatură

I. Berg, Fortsch. Röntgenstr., Vol. 60, pag. 284. — Chiray și Pavel, Presse med. 1930, pag. 1588. — Goldhammer, Fortsch. Röntgenstr., Vol. 42, pag. 95. — I. G. Heeren, Fortsch. Röntgenstr., Vol. 60, pag. 291. — Franz Herz, Röntgenpr., 3 (1931) 307. — Kornblum și Hall, Amer. Journ. Roentgenol., 33, 1935, pag. 611. — Steller, Röntgenpr., 1942, pag. 361. — Volkmann, Fortsch. Röntgenstr., Vol. 64, pag. 103.

UNIVERSITATEA DIN CLUJ-SIBIU

Din laboratorul de radiologie al Clinicei Medicale II,

Director: Profesor Dr. I. Goia.

RESUMÉ

La bile calcaire (Bile en lait de chaux)

L'auteur donne la description détaillée de l'évolution, pendant deux ans, d'un cas de bile calcaire chez une jeune femme. Synthèse de la littérature médicale concernant l'aspect clinique et radiologique de ce syndrome peu connu.

ZUSAMMENFASSUNG

Über Kalkmilchgalle

Ausführliche Beschreibung eines Falles von Kalkmilchgalle der zwei Jahre lang beobachtet werden konnte. Klinische und röntgenologische Darstellung dieses zu wenig bekannten Syndroms.

Un caz de intoxicație cu Veronal

de

Dr. I. Danicico, Dr. H. Bârle și Dr. E. Olariu

În 2 Noembrie 1943, a fost adusă în Spitalul din Oravița, bolnava H. A. de 23 ani, din Reșița, în stare de comă gravă.

După o anchetă sumară întreprinsă de organele polițienești, s'a constatat că este vorba de o otrăvire cu Veronal; fapt ce ne-a permis să aplicăm dela început tratamentul potrivit. Ulterior am aflat că în urma unor neînțelegeri familiare bolnava a înghițit 30 (treizeci) tablete de Veronal — în total 15 gr. — dizolvate în apă. Faptul s'a petrecut pe la orele 11 a. m., iar peste o $\frac{1}{2}$ de ceas simte amețeli și adoarme.

La 3 ore dela otrăvire, bolnava este în stare de somn profund căzută pe perini, cu rezoluție musculară completă. Tegumentele sunt palide fața vultuoasă, buzele albastre; de asemenea extremitățile sunt caracteristice cianotice și reci. Respirația frecventă și superficială. Pulsul abia perceptibil și foarte frecvent (156 pe minut). Temperatura 38°.

Neurologic, reflexul cornean este abolit; pupilele miotice, nu reacționează la lumină. Reflexul patelar diminuat, plantar indiferent, abdominal absent. La durere prezintă reflexe leneșe de apărare.

Aparatul respirator, intact din punct de vedere organic. Sgomote cardiace frecvente ritmice și slab bătute. Tensiunea arterială scăzută. Maxima 10, minima 7.

În câteva ore se instalează coma barbiturică profundă, cu o tendință marcată la colaps periferic. Reflexele cutanate și osteotendinoase dispar, maxilarul cade în urma parezi maseterilor, reflexul de deglutiție absent. Febra barbiturică se ridică peste 40°. Respirație toxică. Pulsul foarte slab peste 140 pe minut, iar tensiunea arterială este scăzută prezentând oscilații variabile între 10, minima 6 și maxima 8, minima 5, fiind aproape în continuu în stare de colaps periferic. Această stare gravă se menține timp de 4 zile.

Se fac următoarele cercetări de laborator: Examenul urinei albumină, puroi, zahăr, negative, densitatea 1020. Examenul hematologic arată 3.360.000 eritrocite, 6600 globule albe, hemoglobină 78%, neutrofile 86%, cu granulațiuni intense, limfocite 12%, mononucleare 2%. Anizocitoză, poichilocitoză și policromatofilie. Viteza de sedimentare cu apartaul Westergreen foarte accelerată 135 mm. pe minut. Culoarea sângelui venos este roșie deschisă.

Apar complicațiile: în ziua a 2-a face congestie la baza stg., în ziua a 3-a congestia prinde și baza dr., în ziua a 5-a apare glomerulo-nefrita cu hematurie. În tot timpul comei barbiturice, bolnava a avut retenție de urină și fecale.

În ziua a 5-a bolnava intră în faza de revenire. Primul re-apare reflexul fotomotor, apoi apar pe rând reflexele osteotendi-

noase și cutanate. Pareza maseteriilor cedează. La durere bolnava răspunde prin mișcări întârziate și disordonate. Retenția de urină cedează. Reflexul de deglutiție re apare.

Fenomenele generale grave se ameliorează. Temperatura scade 37,5, pulsul la 100, pe minut, tensiunea arterială se ridică la maxima 11, minima 8 și se menține constantă fără tendință la colaps periferic. Extremitățile se colorează și se încălzesc, de asemenea își revine faciesul. Congestia bazei stg. dispăre, se menține congestia bazei dr. și glomerulonefrita. Apare decubit în regiunea sacrată.

În dimineața zilei a 6-a, bolnava se trezește după 117 ore de somn continuu. Prezintă ușor meningism, nistagmus, obnubilăție cu confuzie mintală și dizartrie, fenomene ce țin o zi după care memoria își revine, dizartria cedează. Nistagmusul însă persistă multă vreme.

În convalescență bolnava este foarte slăbită, se simte bine, din punct de vedere psihic, prezintă o stare euforică. Are faringită.

Complicațiile se vindecă pe rând. În ziua 7-a cedează congestia pulmonară. Într-o săptămână faringita se vindecă, glomerulonefrita și decubitusul se vindecă în 2 săptămâni, bolnava crește în greutate și în 28 Nov. 1943, părăsește spitalul vindecată.

În *tratamentul* cazului am fost ușurați dela început de cunoașterea toxicului și de faptul că am putut începe tratamentul la 3 ore după otrăvire.

Astfel că după o spălătură largă gastrică, am început tratamentul de fond, cu *strychnină* în doze mari pe cale intravenoasă. Prima injecție administrată a fost de 5 mgr., apoi am crescut doza din oră în oră, până la 10 mgr. *strychnină* pentru o injecție intravenoasă doză ce nu am depășit-o în tot timpul tratamentului ulterior. În prima zi l-am administrat 30 mgr. *strychnină*. De asemenea am asociat dela început Cardiazol-Efedrina, Adrenalină și Oleu Camforat în injecții intramusculare, alternând astfel cu injecțiile de *strychnină*. Prezintă retenții de urină, am sondat bolnava.

În ziua a 2-a l-am administrat 40 mgr. *strychnină*. Pentru a asigura *lavajul sanguin*, necesar desintoxicării, tratamentul l-am completat cu inj. intravenoase de 500 cmc. ser fiziologic încălzit și 1000 cc. în infuzie subcutanată. De asemenea l-am administrat în total 160 cc. ser glucozat 40% în 2 injecții. Am asigurat evacuarea urinei prin 5 sondaje vezicale pentru eliminarea toxicului. Hrănirea bolnavei am asigurat-o prin clismă zaharată. Gout a gout cu aparatul Katzestein.

Acest tratament l-am continuat și în ziua a 3-a și 4-a a boalei, asociind și injecții de *Corteryl*. Apărând congestia pulmonară, am asociat *Cibazolul* în injecții intravenoase.

În ziua a 5-a a boalei am continuat cu același tratament, dar bolnava intrând în faza de revenire, spre seară am observat fenomene de tetanos *strychninic* după injecția deja de 10 mgr., manifestat prin trismus și contracții spasmodice a brațelor, ce ne-a determinat să scadem la 5 mgr. doza apoi să suprimăm *strychninizarea*.

După trezire, tratamentul medicamentos l-am re-zumat la tratarea complicațiilor.

În ce privește *orarul administrării de strychnină*, nu ne-am folosit întotdeauna de un orar fix, ci observând evoluția comei, am intervenit de obicei atunci când hipotensiunea și tendința la colaps deveneau alarmante. Am observat de obicei, după injecția cu *strychnină* o rarire a respirației cu mărirea amplitudinii respirațiilor, de asemenea pulsul era mai bine bătut. Mai ales după injecții intravenoase cu cantități mari de ser fiziologic, am obținut în genere o urcare a tensiunii arteriale dela maxima 8, minima 5 la maxima 11, minima 7. Această urcare de tensiune era însoțită de o înfățișare mai înviorată a faciesului bolnavei și încălzire a extremităților; era însă o urcare pasageră ca apoi bolnava să reîntre în colaps periferic.

Din literatură se desprind următoarele observațiuni în legătură cu intoxicațiile cu barbiturice și în speță cu Veronal.

După *M. Minovici* doza mortală de Veronal este între 7 și 14 gr. *Cohn și Abrest* descriu cazuri mortale cu 1 gram Veronal.

Absorbit în sânge, Veronalul acționează în raport cu concentrația în care se află, iar asupra sistemului nervos acționează ca și celelalte narcotice, pe baza *legii de liposolubilitate a lui Overton*. Fixarea lui pe nevrax, este reversibilă. În doze terapeutice de 0,50—1 gr. dă somn fiziologic. În doze toxice ca și celelalte barbiturice, Veronalul are o acțiune depresoare mai ales asupra mezodiencefalului. Dă paraliză centrilor sensibili și reflexi din nevrax, ce poate duce la moarte prin paraliză centrului respirator și vasomotor din bulb.

Din *cercetările experimentale* pe animale făcute de *Kopanyi*, rezultă că Veronalul se elimină prin urină în proporție de 90% în timp de 5 zile. Se pare că el, nu este distrus de ficat, printr'un proces de oxidare, cum se întâmplă cu alte barbiturice. Rîndchil elimină Veronalul ca și pe orice alt toxic, fără prag, prin concentrare în urină. Pe măsură ce concentrația din sânge scade, Veronalul fixat electiv pe sistemul nervos, se desprinde și el.

Cercetările experimentale făcute de *R. A. Custing, I. Kopanyi, Namig*, demonstrează că, introducerea pe cale intravenoasă de cantități mari de ser fiziologic la animalele intoxicate cu barbiturice, scurtează durata narcozei și dublează eliminarea precoce prin urină a toxicului. Acțiunea serului fiziologic este de scurtă durată, diluând drogul, răspândindu-l în alte țesuturi, decât sistemul nervos și eliminându-l prin urină unde se află în concentrația cea mare. În cercetările experimentale s'au folosit de cantități mari de ser fiziologic.

După concepția lui *Dastre și Loye*, prin injecția intravenoasă de ser fiziologic în cantități mari, se face un adevărat „*lavaj al sîngelui*”.

În cazul nostru, am administrat zilnic ser fiziologic atât pe cale intravenoasă, cât și subcutanată, în scopul

de a mărit diureza, a grăbi dezinfectarea și a remedia starea de colaps periferic.

Dar tratamentul de fond al intoxicațiilor cu barbiturice, se îndreaptă în special spre înlăturarea acțiunii depresoare și paralizante asupra centrilor din nevrax.

În acest sens, cercetările experimentale făcute pe câini de *Hoggard și Greenberg*, au demonstrat acțiunea salutară a strichninei, administrată în doze mari pe cale intravenoasă.

Ide, consideră strichnina, ca un adevărat *antidot*, în intoxicațiile cu barbiturice. După *Massonet și Carrière*, nu este un antidotism veritabil, ci numai un *antagonism farmacodinamic*. Strichnina, prin acțiunea ei excitantă asupra sistemului nervos central și în special asupra centrilor bulbomedulari, contra-carează acțiunea depresoare a barbituricelor, asupra acestor centri.

Tratamentul cu strichnină în doze mari pe cale intravenoasă în intoxicațiile cu barbiturice, este cu atât mai eficace, cu cât administrarea este mai timpurie. Toleranța față de strichnină este crescută în aceste intoxicații. Trebuie găsită doza eficace, care variază de la caz la caz, după gravitatea intoxicației. Această doză, trebuie întreținută din oră în oră, sau tot la două ore, orientându-ne mai ales după semnele de intoxicație ce le prezintă bolnavul. Găsim că tendința la colaps periferic, este un ghid foarte bun, pentru stabilirea ritmului de administrare a strichninei. În caz că bolnavul prezintă semne de intoxicație, manifestate prin fenomene de tetanie strichninică doza trebuie redusă sau suprîmată. În caz de accidente grave de sufocație strichninică, recomandăm injecția înceată de 1 până la 2 cc. Eunarcon pe cale intravenoasă.

În ce privește conduita de administrare a strichninei în intoxicațiile cu barbiturice *Prof. I. Hațieganu*, recomandă a se începe cu 5 mgr. strichnină intravenos și apoi doza să fie crescută din oră în oră cu câte 1 mgr., până la 10 mgr., care se poate menține tot timpul tratamentului, observând însă atent, reacția bolnavului. Citează cazuri ce au primit astfel optzeci centigrame în 4 zile de tratament. În cazul nostru, de intoxicare cu 15 gr. Veronal am administrat în timp de 5 zile 160 mgr. strichnină. Doza zilnică a fost între 30—45 mgr. nedepășind 10 mgr. de injecție. Am început cu 5 mgr. strichnină și am crescut doza progresiv, din oră în oră, la 10 mgr. În perioada de revenire, am observat o singură dată fenomene de tetanos strichninic ușor, care a fost indiciul că strichnina trebuie suprîmată.

G. Szebestyén recomandă asocierea tratamentului pe cale intravenoasă cu injecția intrarachidiană de 1 mgr. strichnină care ar avea o acțiune directă pe centrul nervos.

Bertrand-Fontain și A. Class, citează un caz vindecă, după o intoxicare cu 17 gr. Veronal, unde tratamentul cu strichnină la început după 12 ore, dând în total 39 centigrame, cu doza maximă de 15 mgr. pro inj. intraven., fără să observe fenomene de intoxicație cu strichnină.

Ca mod analog de acțiune cu a strichninei, *Le Loup*, apoi *Carière, Huriez și Wiloquet*, recomandă în intoxicațiile cu barbiturice alcool 30% câte 30 cc. din oră în oră în injecții intravenoase, care prin acțiunea excitantă asupra sistemului nervos, ar avea în aceste cazuri o influență excelentă.

Sigismund Bloch, recomandă întrebunțarea coraminei, care atât la oameni, cât și la animale, ar da rezultate mai bune decât strichnina. Are o acțiune stimulantă asupra bulbului, este mai manabilă decât strichnina, neexpunând la primejdia tetaniei și este mai bine tolerată, putându-se injecta intravenos în doze până la 40—50 cc. pe oră. Analog cu acțiunea coraminei, se recomandă camforul și Icoralul Bayer.

Nol am asociat tratamentul cu strichnină, *cardiazol efedrina, adrenalina și camforul*, pe care le-am alternat injecțiilor de strichnină.

În accidentele asfixice, survenite în narcoza cu Evipan, *Jarmann*, apoi *Arneth*, recomandă folosirea *picrotoxinei*, un convulsivant bulbo-medular, ce mărește excitabilitatea reflexă. Se extrage din *coccus-indicus*, doza terapeutică este de 0,5—2 mgr. intravenos, doza mortală fiind de 20 mgr. Cercetările experimentale făcute de *Maloney*, arată că picrotoxina reanimează respirația chiar după apnee, în asfixia barbiturică. Problema întrebunțării ei în practica medicală, este încă în stadiul cercetărilor.

În prezent, în practica uzuală este încetățânit tratamentul cu strichnină în intoxicațiile cu barbiturice, care condus și supravegheat cu atenție, dă rezultate foarte bune, ajungându-se astfel la o scădere la 50% a mortalității, față de mortalitatea anterioară tratamentului strichninic.

Concluziuni

Într'un caz de intoxicație cu 15 gr. Veronal, în stare de comă barbiturică, care s'a complicat cu dublă congestie pulmonară, am administrat începând de la 3 ore de la otrăvire, strichnină în doze mari pe cale intravenoasă, alternând cu injecții intramusculare de cardiazol, adrenalină și camfor, asociind în același timp „lavajul sanguin“, prin injecții de cantități mari de ser fiziologic intravenos și subcutanat. Bolnava își revine după 117 ore de somn.

Acțiunea excitantă a strichninei asupra sistemului nervos central și mai ales asupra centrilor bulbo-me-

dulari, combate în mod eficace, acțiunea depresoare asupra acestor centri exercitată de dozele toxice de barbiturici. Este o acțiune de antagonism și nu de antidotism.

Veronalul se elimină prin urină, fără a fi distrus în organism, de aceea se recomandă lavajul sanguin prin cantități mari de ser fiziologic pe cale intravenoasă și subcutanată, care mărește diureza și diluiază drogul, influențând în același timp, în bine și starea de colaps periferic.

Bibliografie

G. Menegaux et Sechehaya: Etude critique de L'anesthésie générale à l'évipansodique. Journal de Chirurgie p. 363, anul 1934. — Hațieganu—Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală. Vol. III. — Prof. Dr. Mina Minovici: Tratat complet de medicină legală. — A. Richaud: Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie. — M. P. Seringe: Gazette des Hopitaux Nr. 38, 1935: Coma barbiturică și tratamentul său. — A. Ravina: Intoxication par les barbituriques, p. 67, année 1933. — A. Ravina: Intoxication par les barbituriques l'année thérapeutique 1937, p. 47. — Koppani, Murphy et Krep: Études sur les barbiturates. Arch. Intern. de Pharmacod et de thérapie. 15 Oct. 1933, pag. 76.

Lucrare din Spitalul de Stat Oravița

Medic primar director: Dr. I. Danicico.

RESUMÉ

A propos d'un cas d'intoxication par le veronal

Les auteurs présentent un cas d'intoxication par 15 gr. de veronal, entré à l'hôpital dans l'état de coma barbiturique, compliqué quelques jours après d'une double congestion pulmonaire et d'une néphrite hématurique.

Le traitement est commencé trois heures après l'empoisonnement. On lui administre de la strychnine à haute dose, par voie intraveineuse, cardiazol, adrénaline et du camphore, par voie intramusculaire. En même temps on fait „le lavage sanguin“ par des grandes quantités de sérum physiologique. Le malade sort du coma après 117 heures et guérit.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über einen Fall mit Veronalvergiftung

Die Verfasser beschreiben eine Vergiftung mit 15 gr. Veronal. Der Fall wird in tiefem Barbitursäurekoma eingeleitet und kompliziert sich einige Tage später durch das Hinzukommen einer beiderseitigen Lungenhyperämie und einer hämaturischen Nephritis.

Die Behandlung wird drei Stunden nach der Vergiftung eingeleitet. Es werden hohe Dosen von Strychnin intravenös und Cardiazol, Adrenalin und Camphoröl intramuskulär verabreicht. Zugleich wird eine „Blutwäsche“ mit grossen Mengen von physiologischer Kochsalzlösung vorgenommen. Patient erwacht nach 117 Stunden aus dem Koma und ist geheilt.

Considerațiuni în legătură cu un caz de distonie neurovegetativă cu crize de simpaticotonie și hipertensiune

de

Dr. C. Manta și Dr. L. Comes

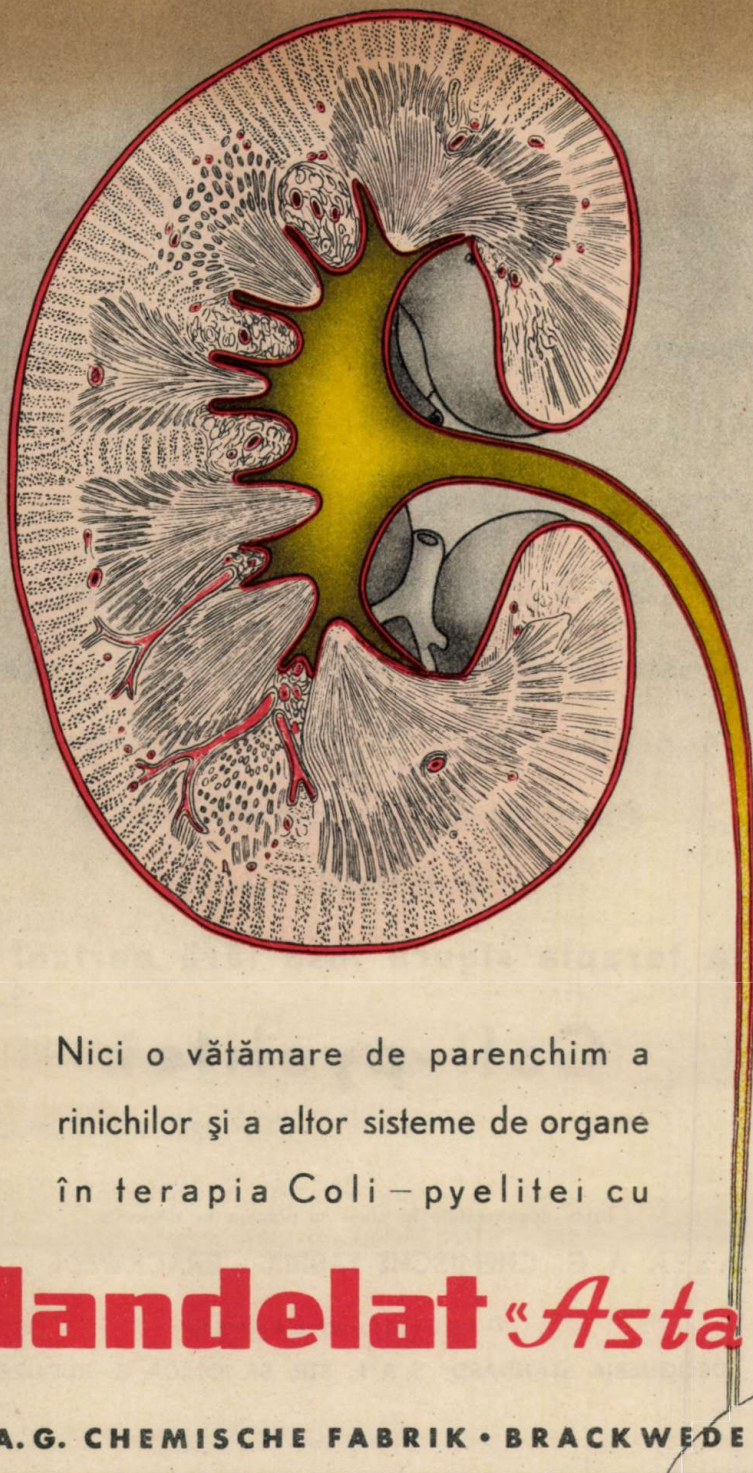
Studiul sistemului nervos organovegetativ este destul de recent, începând abia în anul 1910, când Eppinger și Hess publică broșura intitulată *Vagotonia* și deschid un drum nou, acel al *neurologiei organelor viscerele*. De atunci numeroși autori, ca: Falta, Fröhlich și Loevl, Gautrelet, Guillaume, Laignel-Lavastine, Roger, Danileopolu, Tinel și alții, au adus contribuții importante, atât la explorarea sistemului organovegetativ, cât și la clasificarea sindromelor clinice vegetative.

Cele două sindrome antagoniste descrise la început de Eppinger și Hess — *simpaticotonia* și *vagotonia* — au fost completate prin *amfotonia* lui Danileopolu. De asemenea posibilitatea ca fiecare din aceste trei stări să prezinte o formă de *hipertonie* și una de *hipotonie*, a înmulțit numărul sindromelor, ducând la cunoscuta clasificare:

simpaticotonie, vagotonie, amfotonie;
hipersimpaticotonie, hipervagotonie, hiperamfotonie;
hiposimpaticotonie, hipovagotonie, hipoamfotonie.

Această clasificare, satisfăcătoare din punct de vedere teoretic, era insuficientă din punct de vedere practic, deoarece ea nu putea exprima tocmai ceea ce era mai necesar în clinică, și anume limita dintre normal și patologic, — astfel că adesea în aceste sindrome se încadrau alături de cazurile patologice, și indivizi perfect sănătoși.

O clasificare mai recentă (Tinel), caută să înlăture acest dezavantaj, prin introducerea în semiologia sistemului neurovegetativ a noțiunii de *compensatie*: un dezechilibru vagosimpatic, produs prin exagerarea sau diminuarea activității unuia din cele două sisteme, poate totuși să nu cauzeze nici o manifestare patologică atâta vreme cât el va fi suficient „compensat” printr-o adaptare funcțională a organismului, și mai ales a sistemului antagonist, — și să fie astfel compatibil cu o stare de sănătate aproape normală. Aceasta ar fi grupa *Euto-*
niilor (Syntonii), în care pot intra oricare din sindromele clasificărilor anterioare, cu condiția ca ele să fie com-



Nici o vătămare de parenchim a
rinichilor și a altor sisteme de organe
în terapia Coli-pyelitei cu

Mandelat *"Asta"*

ASTA A.G. CHEMISCHE FABRIK • BRACKWEDE I. W.

Mandelat *«Asta»*

trece nemodificat prin corp și activează
antiseptic la eliminare în căile renale

fără pericolul

de a vătăma parenchimul

Aceste proprietăți înseamnă la necesitate
un progres hotărîtor în chemoterapie

Mandelat »ASTA« este deci indicat

într'o deosebită măsură

la terapia sigură însă fără pericol a

Coli-pyelitei.

Toate documentele le pune cu plăcere la dispoziție

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK • BRACKWEDE i. W.

Depozit permanent

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R. STR. SF. IONICĂ 8 BUCUREȘTI

pensate. Din contra, *Distoniile* ar fi acele stări în care echilibrul organovegetativ este profund turburat, fără a mai putea fi corijat printr-o adaptare suficientă. După cum această ruptură este permanentă sau trecătoare, vom împărți distoniile în alte două grupe: *stări distonice* și *crize distonice*.

În *stările distonice* avem o continuă suferință a sistemului organovegetativ (adevărata „maladie” ale acestui sistem), pe când în *crizele distonice* dezechilibrul vagosimpatic se produce în mod paroxistic.

Stările distonice ca și crizele distonice, se pot produce atât prin excitarea cât și prin depresunea unuia din sistemele antagoniste: astfel vom avea stări și crize de hipersimpaticotonie, de hipervagotonie, hiposimpaticotonie, hipovagotonie.

Crizele distonice pot să apară uneori la indivizii care în perioadele intercalare nu prezentau nici o tulburare neurovegetativă, după cum deasemenea pot apărea grefate pe un fond de dezechilibru permanent. În acest din urmă caz, crizele pot să se prezinte fie ca exacerbare explozivă a stărilor de distonie anterioară (ex. o criză de hipersimpaticotonie, grefată pe un fond distonic cu predominanță simpatică), fie ca o manifestare reacțională de sens invers (ex. aceeași criză simpaticotonică, pe un fond de dezechilibru cu predominanță vagală), sau în sfârșit fără să aibă nici un raport cu starea vagosimpatică anterioară.

Un astfel de caz de distonie vegetativă cu manifestări paroxistice supraadăugate am avut ocazia să observăm în serviciul nostru:

Observație. — Bolnavul C. O., de 22 ani, căsătorit, de profesiune notar, este trimis în serviciul nostru, secția de răniți, în 27 II 1943, de către Spitalul Militar, cu dg. Ulcer duodenal și Eretism cardiac.

În antecedentele heredo-colaterale nu găsim nimic deosebit.

Antecedente personale: rușeală în copilărie și amigdalite repetate. Uneori abuzează de alcool și de tutun.

Boala actuală datează de prin anul 1940, manifestându-se prin dureri epigastrice periodice hipertensive, apărând uneori noaptea între orele 1—2 și calmându-se după ingerare de alimente. A fost internat în Spitalul din Alba-Iulia, unde i s'a pus diagnosticul de ulcer duodenal.

În primăvara anului 1942, în timp ce bolnavul era mobilizat, au început să prezinte la intervale neregulate crize de tachicardie, cari durau câteva minute, fiind însoțite de o stare de tensiune nervoasă, cu angoare, palpitații intense, agitații și paretezii în membre. Crizele survineau în mod brusc, fără vreo cauză aparentă, și se terminau printr-o stare de epuizare în urma căreia bolnavul se simțea slăbit tot restul zilei. Accesele se repetau cam la două săptămâni. Este internat în Spitalul Militar Sibiu, care-l trimite în serviciul nostru.

Bolnavul mărturisește că și înainte de apariția acestor accese avea uneori palpitații, anxietate, stări depresive și preocupări hipocondriace, care însă s'au accentuat odată cu apariția acestor manifestări paroxistice.

Examenul obiectiv. Bolnav de constituție gracilă, tegumentele normale colorate, fața uneori congestionată, alteori de o paloare intensă. Tesutul celular subcutanat și muscular normal reprezentate.

Tesutul osos intact. Aparatul respirator nu prezintă nimic patologic. Matitatea precardiacă în limite normale. Sgomotele cardiace ritmice, bine bătute, nu prezintă nimic patologic. Puls 70. T. a. $11\frac{1}{2}$ —7 (V. L.) La palparea abdomenului, punctul epigastric și solar sensibile. Ficatul și splina în limite normale.

Reacții pupilare normale. Reflexele cutanate și osteotendinoase bune. Proba cu atropină și ortostatism (Danielopolu) relevă o amfotonie cu predominanță vagală. (Tonusul vagului = 80, tonusul simpaticului = 150.) Reflexul oculocardiac = 70—38. Reflexul solar inversat. (Prin compresiunea plexului solar oscilațiile arteriale la membrele inferioare își măresc amplitudinea cu 2).

Examenul de laborator. R. W.: negativ. Viteza de sedimentare normală. În urină nu se găsește nimic patologic. Aciditățile sucului gastric normale. Hematii 4 500 000. Hb. 80%. Leucocitele 6000. Leucograma: Poli 47%, Limfo 38%, Mono 12%, Eosino 2%, Bazo 1%. Metabolism bazal 17. Glicemia 100. Electrocardiogramă normală. La pasajul cu bariu se constată o stare duodenală fără semne de ulcer.

Mersul bolii. Bolnavul prezintă la intervale variabile de aproximativ 1—2 săptămâni, crize cari survin în mod brusc, fără vreo cauză provocatoare imediată, durează cam 10—15 minute, după care încetează.

Bolnavul la un moment dat se simte neliniștit, încearcă o senzație de constricție în regiunea precardiacă, însoțită de anxietate, bătăile cardiace devin repezi și puternice, un violent aflix congestiv invadează fața, mișcările respiratorii se accelerează. Câteva secunde apoi prin membre încep să treacă furnicături și senzații de răceală. Bolnavul devine agitat, țipă, plânge, își duce mâinile în regiunea precardiacă, se sbate, are senzația că se sufocă. Pulsul urcă la 140, respirația ajunge la 40, tensiunea se ridică de la $11\frac{1}{2}$ la $16\frac{1}{2}$. Pupilele sunt midriatice. Reflexul oculocardiac uneori nu se produce, alteori este inversat. Măinile tremură, perii se ridică, pielea devine sensibilă la cea mai mică atingere. Bolnavul se sbate, buzele îi sunt uscate, mereu și-le sugă și le umezește cu limba. Mimica îi exprimă groază și suferință. Criza se potolește pe încetul, bătăile cardiace scad în frecvență și intensitate, agitația se liniștește, bolnavul intrând într-o stare de prostrație, întreruptă din când în când de suspine și inspirații profunde. După criză bolnavul se simte oșos, epuizat și incapabil de lucru.

Examinările făcute în timpul crizei ne arată pe lângă urcarea pulsului (140), a respirației (40) și a tensiunii ($11\frac{1}{2}$ — $16\frac{1}{2}$), uneori o inversare a reflexului oculocardiac. Pe electrocardiogramă se constată o tachicardie sinusală, fără alte modificări. Glicemia făcută în timpul accesului, este urcată (140) față de cea găsită în restul timpului (100). Tot în timpul crizei s'a constatat o creștere a leucocitozei (9600), cu mărirea procentului de limfocite (de la 38% la 58%) și a hematiilor (4 500 000—6 500 000). După criză, tensiunea scade la $10\frac{1}{2}$, iar reflexul oculo-cardiac devine foarte mult exagerat (90—36).

Diagnosticul. Avem un bolnav care prezintă o stare permanentă de distonie vagosimpatică. Proba lui Danielopolu ne-a arătat ambele sisteme în stare de excitație (tonusul simpaticului 150, tonusul vagului 80). Însă reflexul oculocardiac foarte pronunțat (70—38), precum și reflexul solar inversat, denotă o predominanță a parasimpaticului. Deasemenea hipotensiunea permanentă, precum și simptomele subiective ca: astenie, oboseală, vertijuri, lipsă de rezistență la eforturi fizice și intelectuale, pledează tot pentru o predominanță a vagului.

Din când în când, peste această amfotonie cu predominanță vagală, simpaticul izbutește să ajungă el în preponderanță, producând crizele de hipersimpaticotonie. Această exagerare paroxistică a activității simpaticului se produce probabil pe cale umorală și anume printr-o revărsare bruscă de adrenalină în circulația sangvină. Într'adevăr se cunoaște raportul strâns dintre simpatic și adrenalină: aceasta din urmă are proprietatea de a excita firisoarele simpatice, însă ea nu este secretată decât din ordinul simpaticului și nu acționează decât prin intermediul lui (pentru a întrebuiți comparația lui Tournade, simpaticul este conducătorul, iar hormonul este doar vasul său). Fenomenele pe care le-am pus noi în evidență în timpul crizei, trădează o stare de simpaticotonie, însă ele sunt în același timp identice cu cele produse în urma unei revărsări de adrenalină (accelerarea pulsului și respirației, urcarea tensiunii, creșterea glicemiei, leucocitozei și limfocitozei, apoi mărirea, erecția pilorilor, tremurăturile, uscăciunea gurii, inversarea reflexului oculo-cardiac etc.) Prin urmare vom admite că această criză de simpaticotonie este efectuată printr-o revărsare paroxistică de adrenalină.

În același timp, dezechilibrul produs prin hiperactivitatea simpaticului va pune în acțiune forțele antagoniste ale vagului, care căutând să corecteze deranjul produs de simpatic, va intra el în hiperfuncție, așa încât la sfârșitul crizei vom avea o stare de vagotonie pronunțată, mai pronunțată chiar decât cea dinaintea crizei ($T = 10\frac{1}{2} - 6$, R. O. C. = 90—35). Ori tocmai aici este caracterul fundamental al constituției distonice: fiecare sistem reacționează în mod exagerat la cea mai mică excitație, declanșând în mod reactiv forțele sistemului antagonist, care și el se manifestă tot în mod exagerat, astfel că niciodată nu se poate ajunge la un echilibru stabil în organism.

Un fenomen asupra căruia trebuie să insistăm în același timp, este ridicarea tensiunii arteriale pe care am înregistrat-o în timpul crizei. În mod normal această ridicare de tensiune în urma adrenalinei ar trebui să fie minimă, datorită acțiunii compensatoare a sistemului tensioregulator — foarte complex de altfel — în care un rol important îl joacă nervii depresori (Cyon—Ludwig și Herling). Acești nervi depresori intră în acțiune imediat ce adrenalina amenință să producă o urcare mai pronunțată a tensiunii și printr-o vasodilatație periferică, precum și prin diminuarea producerii de adrenalină (fapt demonstrat de Richard și Wood prin experiențe), mențin tensiunea la nivel constant. Ori, în cazul nostru, trebuie să admitem că acest sistem era deranjat (cel puțin în mod temporar), lăsând astfel ca sub acțiunea adrenalinei tensiunea să urce de la $11\frac{1}{2}$ la $16\frac{1}{2}$. De altfel mecanismul patogenetic este asemănător cu cel din hipertensiunea paroxistică (revărsare de adrenalină + dereglarea aparatului tensioregulator), cu deosebirea

că în cazul nostru ridicările de tensiune nu erau atât de pronunțate, iar pe primul plan se aflau simptomele de dezechilibru vagosimpatic.

Cauzele acestui dezechilibru vagosimpatic ar fi greu de stabilit, totuși, având în vedere că unele acuze ale bolnavului sunt foarte vechi și că în același timp a suferit de ulcer duodenal, boală care după Bergmann apare tocmai pe un teren neurovegetativ dezechilibrat (stigmatizații vegetativi), suntem înclinați a crede că este vorba de o distonie vegetativă constituțională. Factorii preînclinați, generatori de stări anxioase, precum și alcoolul și mai ales nicotina, și chiar însuși ulcerul prin crizele sale dureroase, n'au făcut decât să accentueze aceste dezechilibre.

Diagnosticul diferențial se va face în primul rând

— cu *Tachicardia paroxistică*, unde însă pe lângă faptul că vom avea modificări electrocardiografice, (care în cazul nostru lipsesc), simptomele generale și subiective sunt mult mai reduse și mai puțin impresionante decât într-o criză hipersimpaticotonică.

— cu *hipertensiunea paroxistică*, care se caracterizează printr-o ridicare mult mai pronunțată a tensiunii și acest simptom este pe primul plan. În crizele simpaticotonice această urcare este mai redusă și apare doar în mod secundar în cortegiul simptomatic atât de bogat. Totuși, din punct de vedere patogenetic, aceste două sindroame sunt înrudite, ambele presupunând o revărsare de adrenalină precum și o deranjare a sistemului tensioregulator.

— cu *crizele de histerie*, unde însă predomină simptomele subiective, iar cele obiective lipsesc sau sunt foarte reduse. Deasemenea accesurile histerice se pot produce și influența prin sugestie, ceea ce nu e cazul în crizele simpaticotonice.

În sfârșit s'ar mai putea face diagnostic diferențial cu *micile accese epileptice* (absențe, petit mal), unde însă pe lângă caracterul brusc, fulgerător al apariției accesului și pierderea cunoaștinței, vom mai avea abolirea reflexelor pupilare și cutanate abdominale, modificări care lipsesc în crizele hipersimpaticotonice.

Tratamentul va tinde în primul rând să îndepărteze cauzele care contribuie la producerea dezechilibrului (suprimarea alcoolului și tutunului, tratamentul ulcerului). Vom căuta în același timp să producem o diminuare a excitabilității vegetative, atât prin influențarea simpaticului și parasimpaticului cât și a centrilor din mezencefal. Valeriana, bromurile și luminalul în doze mici cronice, se pot întrebuiți în acest scop. Foarte mult recomandat este Bellerigalul, care prin componentele sale: Belladonna, ghynergen și luminal, calmează sistemul organovegetativ, acționând atât periferic cât și central.

Fizioterapia, vîntul în aer liber și exercițiile fizice, contribuiesc foarte mult la ameliorarea stării acestor bolnavi.

Tratamentul în timpul crizei constă în administrarea de calmante: bromuri și barbiturice, iar în cazuri de turburări vasomotorii intense, cum este cazul nostru, se pot utiliza nitriții.

Concluzie

Cazul observat de noi prezintă o stare distonică vegetativă permanentă, cu ambele sisteme în excitație, însă predominând vagul. Pe această stare se suprapun din când în când crize de hipersimpatocotonie, ca reacțiuni ale simpaticului, care probabil printr-o hipersecreție de adrenalină ajunge în preponderență temporară. Concomitent dereglarea sistemului tensioregulator produce și o hipertensiune care însoțește crizele.

Cazul pe lângă crizele impresionante pe care le prezintă și oscilația continuă a sistemului organovegetativ în căutarea echilibrului, la care însă nu ajunge niciodată, — este interesant în același timp și fiindcă furnizează un exemplu demonstrativ de relație endocrin-vegetativă.

RESUMÉ

Considérations sur un cas de dystonie vago-sympatique

Les auteurs décrivent un cas de dystonie vago-sympatique avec prédominance vagale, auquel s'ajoute quelquefois des crises de sympathocotonie. Pendant ces crises on a mis en évidence les signes d'une grande invasion d'adrénaline dans le sang. Les crises ont été suivies d'une intense vagotonie.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über einen Fall von Distonia Vagosympatica

Die Autoren beschreiben einen Fall von Distonia Vagosympatica mit vorherrschender Vagotonie, bei welcher zeitweise sympathikotische Krisen eingeschaltet erscheinen. Zur Zeit dieser Krisen konnten Zeichen einer heftigen Adrenalinausschüttung in die Blutbahn festgestellt werden. Die Krisen waren gleichzeitig auch von einer massigen Blutdruckerhöhung begleitet, die wahrscheinlich auf demselben Wege entstand wie jene bei Paroxysmaler Hypertension (Störung des Apparates der Blutdruckregulation).

Nach Ablauf der Krise folgte als Reaktion ein Zustand schwerer Vagotonie.

Localizarea osoasă a limfogranulomatozei

— Considerațiuni în legătură cu un caz —

de

I. Macavei și G. Stolan

Răspândirea și difuziunea mare a țesutului reticulo-endotelial și limfoid în organism, permite localizări variate și forme clinice multiple ale limfogranulomatozei.

Localizările osoase nu sunt neobișnuite. În cursul ultimului an, urmărind în clinică un bolnav, cu o determinare sternală a maladiei lui Hodgkin, am crezut prezentarea lui utilă.

Bolnavul este în vârstă de 30 ani și a intrat în clinică, pentru a doua oară, în Martie 1943. În antecedentele heredocolaterale și personale, nimic important. Boala actuală datează de 3 ani, când bolnavul a observat apariția unor tumefacțiuni mici în regiunea cervicală dreaptă care în scurt timp însă au apărut și în axila dreaptă. Bolnavul prezenta temperatură, prurit, diaree și dureri în regiunea sternală. I s'a stabilit prin biopsie, diagnosticul de limfogranulomatoză și a urmat un tratament roentgenterapeutic, după care s'a simțit bine până acum un an, când a observat din nou apariția ganglionilor în regiunea cervicală, foarte mici, iar în regiunea axilară, de mărimea unui ou de porumbel. Totodată bolnavul a observat apariția unei tumefacțiuni rotunde, bine delimitate, de mărimea unei mandarine, în partea superioară a sternului, prezentând la acest nivel dureri constrictive de mare intensitate. Această determinare osoasă a fost favorabil influențată de roentgenoterapie, sternul reluându-și aspectul normal după

câteva ședințe. Șase luni bolnavul s'a simțit bine, după care timp tumefacția dela nivelul sternului a reapărut, întinzându-se tot mai mult; de un an ganglionii cervicali și axilari nu au mai reapărut, metaplasia dela nivelul sternului a evoluat pe cont propriu.

La examenul obiectiv constatăm o bombare foarte pronunțată a regiunii sternale, de consistență dură, ușor dureroasă la presiune. Bombarea interesează mai ales cele $\frac{2}{3}$ superioare ale sternului, întinzându-se lateral pe o distanță de 6—7 cm. dela linia mediană. Este o tumefiere difuză, ale cărei margini se pierd, fără a le putea delimita precis. Ganglionii nu se palpează. Aparatul cardio-vascular și pulmonar normal, mediastinul liber, afară de o umbră alungită retrosternală cu marginile net delimitate, care se aplică pe peretele posterior al sternului (vezi radiografia). Ex. hematologic: Leucocite 10.000, hematii 4.600.000, hemoglobină 90%, tabl. sanghin: polinuc. 87, limfocite 8, monocite 4, eosinofile 1%.

Pe noi ceea ce ne-a frapat la acest bolnav a fost bombarea foarte pronunțată a regiunii sternale. Desigur că interpretarea acestei tumefieri a fost făcută fără nici o dificultate, diagnosticul fiind stabilit anterior apariției metastazei osoase, prin biopsie ganglionară. Radiografiile pe care le-am făcut la interval de un an, — primele în Februarie 1942, celalalte în Martie 1943 arată întinse destrucțiuni osoase.

Cliseul Nr. 1. — Manubriul sternal în $\frac{1}{3}$ sup. în partea sa ant. prezintă conturul neregulat, ușor sdrențuit, cu mici zone de decalcifiere. Înapoia sternului se observă o umbră insofitoare,

omogenă, net delimitată în partea sa posterioară, printr-o linie ușor curbă. Umbra are o lungime de 15 cm. și o lărgime de $2\frac{1}{2}$ cm.

Părțile moi în partea anterioară a sternului sunt puțin bombate.

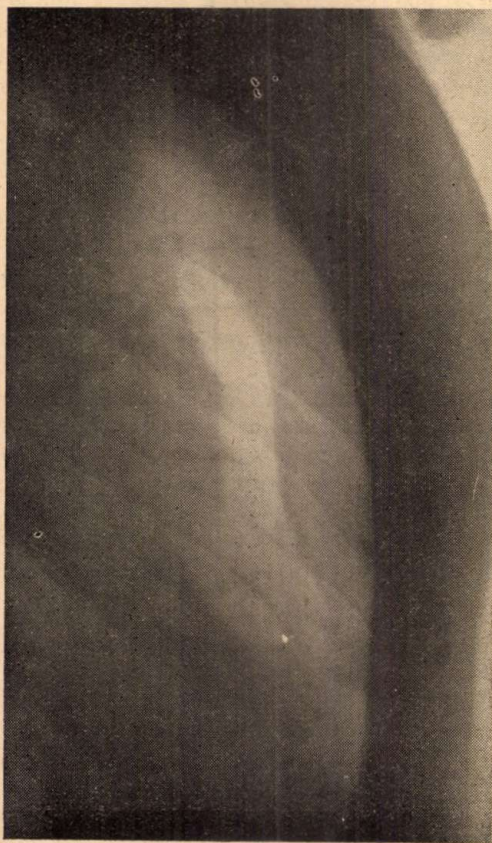


Fig. Nr. 1.

Clișeul Nr. 2. — După a doua revenire în clinică. Manubriul sternal prezintă acum conturul anterior mai accentuat distrus. El este neregulat, sdrențuit, zonele de clarefiere sunt mai accentuate și localizate pe toată întinderea sa. Conturul posterior al sternului este însă net. Umbra însoțitoare se află și acum, ușor micșorată. Părțile moi dinaintea sternului sunt accentuat bombate.

Clișeul Nr. 3. — Radiografia după tratament. Bombarea părților moi s'a micșorat mult, sternul prezintă o ușoară refacere a structurii sale osoase.

Diagnosticul diferențial al acestor leziuni osoase trebuie făcut cu o osateită tbc. și cu tumorile osoase primitive sau metastatice. Radiologic diferențierea este grea. Dacă ar fi vorba de un proces bacilar, într'un an de zile de când evoluiază, ar fi produs fistulizări sau focare de ramoliment, abcese reci și ar fi interesat și articulația sterno-claviculară. Având evoluția și confirmarea leziunilor ganglionare limfogranulomatoase prin biopsie, se exclude o metastază neoplasică sau o tumoră primitivă osoasă (sarcom osteogen). Diagnosticul nu poate fi tras la indoială.

Tratamentul aplicat în cazul nostru a fost Röntgenterapia, s'au făcut iradiații profunde, două serii, la interval de 12 luni, cu 200 Kw, 20 MA, filtru 1 mm. Cu, localizator 10/15—40 cm. Iradierea s'a făcut pe patru porții, câte 800 r pe poartă. După prima serie, timp de 6 luni tumefacția nu a mai reapărut, după a doua, bolnavul nu s'a prezentat încă la control (10 luni).

Localizările osoase în limfogranulomatoză se întâlnesc destul de frecvent, interesând cu deosebite oasele late, spongioase. Schenk din 107 cazuri de limfogra-

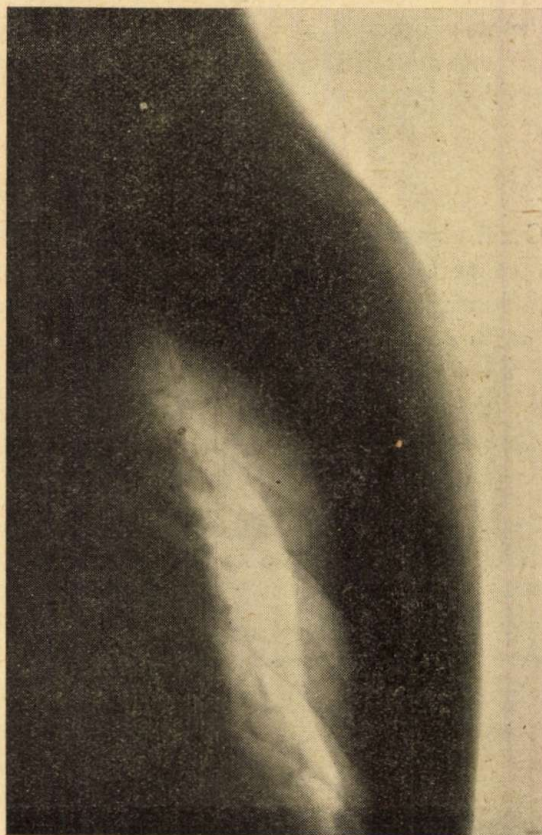
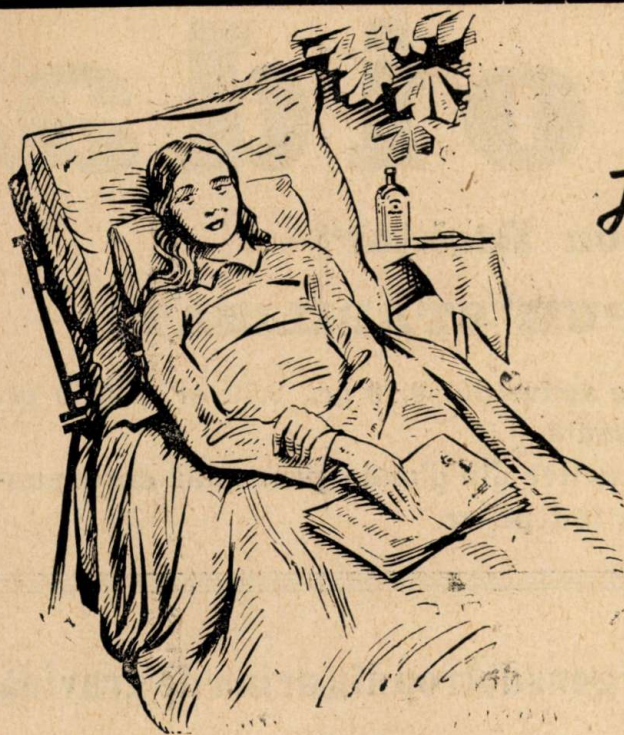


Fig. Nr. 2.



Fig. Nr. 3.



In reconvalescență

HAEMATICUM GLAUSCH

fortificant confirmat, cu un gust plăcut.
Ameliorarea rapidă a stării generale.

Comparațiune fero-manganică organică, într-o formă ușor rezorbabilă.
Prin adausuri de substanțe amare aromatice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr.

Flacon cu ca. 500 gr.

Flaconul mare deosebit de economic!

MAX GLAUSCH, KLOTZSCHE-DRESDEN
DEP.: „PHARMAG“ S. A., BRAȘOV

**ASTENIE GENERALĂ - ANEMIE - INAPETENȚĂ
CLOROZĂ - NEURASTENIE - RACHITISM - SCROFULOZĂ**

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat



TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Tiroida

„Gedeon Richter“

EXTRACT PUR STABILIZAT

Tablete conținând substanțele active din 0,10 gr., 0,30 gr. și 0,50 gr. glandă tiroidă proaspătă.

Fiole conținând substanțele active din glanda proaspătă corespunzând la 3 miligrame iod pe cc.

Hormonul antehipofizar gonadotrop din urina de gravidă

Glanduantin

Fiole și tablete titrate pe unități:

Fiole de 20 unități internaționale

Tablete de 150 unități internaționale

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 și 1.000 unități internaționale

Fiole de 100 unități internaționale în soluție apoasă

Fiole de 1.000 și 10.000 unități internaționale în soluție uleioasă

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.03

nulomatoză găsește în 8 leziuni osoase, în vertebre, bazin, craniu, femur, stern, umerus, omoplat și claviculă. *Dresser* și *Spencer* în 66 cazuri cu determinări osoase, găsesc localizări vertebrale în 29 cazuri, în celelalte fiind interesat bazinul, sternul, coastele, femurul, craniul, etc. *Uehlinger* stabilește următorul procentaj: vertebrele 63%, oasele bazinului 22%, sternul 16%, coastele 11%, omoplații și oasele craniene 2,5%. Dintre oasele lungi mai frecvent atins este femurul, procesul distructiv localizându-se înspre extremitățile osului. Se pare că frecvența leziunilor osoase este mult mai mare, Istologic găsindu-se leziuni în 50% a cazurilor (*Ziegler*). Manifestările clinice însă apar mai rar (12% după *Kimpel*, 16% după *Heilmeyer*). *Dresser* recomandă explorări radiologice făcute cu mare atențiune ale oaselor unde se localizează de obicei limfogranulomatoza: coloana vertebrală (cervicală inferioară, dorsală superioară), bazinul, capul și sternul.

Procese de la nivelul oaselor sunt de obicei procese distructive, cu alterări profunde ale arhitecturii osoase. Procese proliferative putem întâlni la nivelul sternului sau a oaselor lungi în unele cazuri. La nivelul vertebrelor întâlnim decalajii ale corpului vertebral cu respectarea discurilor. Leziunile se localizează cu predilecție la periferia vertebrei și predomină în părțile laterale. Din cauza prezenței proceselor de osteoporoză și de osteoscleroză, aspectul vertebrelor este marmorat. Articulațiile intervertebrale sunt intacte.

În corpul oaselor late, după cum am văzut și în cazul nostru, întâlnim aceleași procese distructive, constatându-se radiologic modificări ale structurii osoase prin îngroșări alternând cu zone mai clare, cu un contur neregulat.

Coastele prezintă de obicei îngroșări fuziforme, limitate, asemănătoare metastazelor tumorale.

La oasele lungi, femurul mai ales, procesul este distructiv și interesează epifiza sau diafiza. Localizarea primitivă este în măduvă. Destrucțiunile osoase au aspectul unor înmuguriri, eroziuni ale corticalei sau proliferări perlostale, realizând aspectul unor tumori primitive, unul chist, sau proces inflamator. Perlostul este de asemenea interesat de multe ori în procesul morbid.

Localizările osoase sunt complicații tardive ale limfogranulomatozei, ele apărând după o evoluție de câțiva ani. În statistica lui *Dresser* însă în 25% a cazurilor, apariția leziunilor osoase a fost precoce.

Localizarea osoasă uneori este primitivă, apărând abia mai târziu determinările ganglionare sau cutanate, cazuri foarte rare, cum sunt cele publicate de *Paraf*, *Fischgold*, *Abaza* și *Levi*, unde după iradierea sternului pentru o tumefacție de natură nedeterminată, au apărut la câțiva timp determinări ganglionare și apoi cutanate.

Metastazele osoase au naștere printr-o propagare din vecinătate, prin contiguitate, sau se dezvoltă în mă-

duva osoasă, contaminarea producându-se probabil pe cale sanghină. După *Wachner*, leziunile sternale se produc fie prin continuitate din focare de limfogranulomatoză mediastinală, sau prin infiltrate presternale. Leziunile celorlalte oase s'ar produce pe cale hematogenă (*Dresser*).

Diagnosticul nu prezintă dificultăți când determinarea osoasă apare mai tardiv, după ce existența ganglionilor, splenomegalia, etc. ne-au permis deja bănuiala sau chiar certitudinea existenței unei limfogranulomatoze în organism.

Diagnosticul diferențial, când leziunea osoasă este izolată și nu avem ganglionii priși, sau determinări în alte organe, este dificil. El nu se poate baza numai pe aspectul clinic sau radiologic al deformărilor osoase, care singure nu permit diferențierea de tumorile osoase primitive sau metastatice. Există publicat un caz, cu tumoră osoasă a coxalului, care a fost considerat timp de un an ca osteosarcom; abia după acest interval, apariția adenopatiilor a permis precizarea diagnosticului în sensul unei limfogranulomatoze (*Ledoux*, *Lebard*, *Marchand* și *Lefèvre*). Tuberculoza osoasă este mai ușor de diagnosticat prin complicațiile ce le dă, focare de ramolliment, abcese reci, prinderea articulațiilor din vecinătate, existența procesului bacilar la nivelul altor organe, etc.

Complicațiile care survin în urma localizărilor osoase ale limfogranulomatozei sunt de vecinătate, fie prin compresii, manifestă cu deosebire când este vorba de interesarea vertebrelor, radiculite, paraplegii flasce sau spastice (*Ureche*, *Goia*), fie anchiloze, când localizarea este în apropierea articulațiilor, etc.

Prognosticul este rezervat. Tratamentul este paliativ, roentgenterapia, cu care obținem rezultate satisfăcătoare, dar nu durabile. În general focarele osoase sunt mai puțin radiosensibile. Sternul este cel care reacționează mai bine (*Dresser*, *Spencer*).

Înainte de a încheia ținem să amintim datele ce le putem obține prin puncția sternală. Puncția sternală nu a fost aplicată în mod curent în limfogranulomatoză, diagnosticul stabilindu-se cu ușurință prin biopsiile ganglionare. Aspectul mielogramelor este descris ca normal sau prezintă o ușoară deviere spre stânga a elementelor granulocitare. Cazul descris de *Cordier* și *Croizot*, în care măduva avea o structură mieloidă, pare să fie excepțional. Există cazuri în care se pot pune în evidență și în mielogramă celule Sternberg, absolut tipice, care nu trebuie confundate cu megacariocitele. Acestea sunt cazurile în care procesul limfogranulomatos este mai mult sau mai puțin generalizat. Am găsit trei cazuri publicate în literatura hematologică, unul al lui *Rohr* și *Hegglin*, 2 ale lui *Varadi*. Nici unul din aceste cazuri nu prezenta alterațiuni osoase. Klima de asemenea descrie celule mari, pe care le numește „Lymphogranulom-

zellen", interpretându-le ca elemente premergătoare celulelor Sternberg. Și noi am observat un caz în clinică în cursul anului trecut, în care am pus în evidență celule Sternberg în măduva sternală. Desigur că în astfel de cazuri este vorba de determinări medulare ale limfogranulomatozel.

În cazurile cu metastaze osoase, aspectul mielogramelor este cu totul diferit. Prin puncția pe care am făcut-o la bo'navul nostru la etaje diferite și adâncimi variate, am extras o cantitate infimă de serozitate ușor sanghinolentă, în care am pus în evidență foarte rare elemente celulare, constând din polinucleare cu degenerescențe vacuolare, nuclee ratatinăți, multilobați, celule plasmatică, reticulare, limfociti și fibroplăși. Nu am găsit celule Sternberg. Acest aspect, de aplazie medulară, l-am mai găsit descris într'un singur caz care prezenta o localizare primitivă a limfogranulomatozel la nivelul manubriului sternal. (Cazul lui Paraf, Fischgold, Abaza și Levi.)

Metastazele osoase s'ar prezenta din acest punct de vedere sub două forme, una care interesează numai măduva osoasă, fără să prindă și țesutul osos, unde prin puncție putem găsi celule Sternberg, și alta, în care procesul limfogranulomatos interesează numai țesutul osos, ducând prin destrucțiuni masive la o aplazie medulară.

În concluzie, din aceste două puncte de vedere: întâi, al localizării procesului limfogranulomatos la nivelul sternului unde evoluează de un an fără alte determinări, și al doilea, al constatărilor pe care ni le-a dat puncția sternală, — considerăm cazul nostru ca interesant și instructiv.

CLINICA MEDICALĂ I, CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

La localisation osseuse de la lymphogranulomatoze

A propos d'un cas de lymphogranulomatoze sternale, les auteurs émettent quelques brèves considérations sur la localisation osseuse de la lymphogranulomatoze.

Ils discutent l'aspect et l'importance de la ponction sternale. Dans les ponctions sternales on rencontre assez rarement des cellules Sternberg ou, d'après le nom que leur donne Klima, des „Lymphogranulomzellen“.

La forme d'aplasie médullaire — avec de très rares éléments cellulaires, composés des cellules polynucléaires dégénérées, aux noyaux ratatinés, de cellules plasmiques, réticulaires, de lymphocytes et fibroblastes, sans cellules géantes — que les auteurs ont observée dans leur cas, ne se trouve décrite que dans un seul autre cas dans la littérature médicale (celui de Paraf, Fischgold, Abaza et Lévi).

D'où la conclusion tirée par eux que les métastases osseuses intéressent ou bien la moëlle des os dans laquelle on peut trouver, à l'aide d'une ponction, des cellules Sternberg, ou bien seulement le tissu osseux déterminant une aplasie médullaire, par suite de destructions massives. Il est probable qu'avec le temps, les formes médullaires peuvent s'attaquer aussi au tissu osseux.

ZUSAMMENFASSUNG

Lymphogranulomatoze der Knochen

Im Zusammenhange mit einer Lymphogranulomatoze des Brustbeines wird Lokalisierung der Lymphogranulomatoze der Knochen und Notwendigkeit der Sternalpunktion besprochen. Sternbergzellen oder „Lymphogranulomzellen“ wie sie Klima nennt, werden selten bei Sternalpunktionen angetroffen. Die Verfasser finden folgendes in Ausstrich des Punktes: eine Knochenmarksaplasie mit wenigen Zellelementen welche aus degenerierten Leukozyten mit geschrumpftem Kern, Plasmazellen, Reticulumzellen, Lymphozyten und Fibroblasten bestehen. Keine Riesenzellen.

Evoluția trombocitelor în cursul tifusului exantematic și a febrei tifoide

de

I. Gavrilă, Sm. Căderiu și V. Cosma

Evoluția trombocitelor în cursul unor boli infecțioase a mai fost studiată de către unii autori, însă în cursul tifusului exantematic aceste cercetări lipsesc și în cursul febrei tifoide sunt puțin numeroase, de aceea am întreprins o serie de cercetări în această direcție.

Am studiat deci această chestiune în cursul tifusului exantematic și a febrei tifoide și rezultatul cercetărilor noastre îl rezumăm în această comunicare.

Am numerotat trombocitele după tehnica lui Fonio pe frotiuri colorate. În stare normală numărul trombocitelor variază între 250—300.000 pe mm c. În mod paralel am numerotat și leucocitele cu lama Bürker.

Tifus exantematic. Am studiat problema în 30 cazuri de tifus exantematic de gravitate diferită. Am recoltat sânge pentru numerotarea trombocitelor în diferite perioade ale bolii: prima analiză am făcut-o în

perloada de stare, a 2-a la începutul convalescenței și a 3-a la sfârșitul convalescenței, după 15 zile de afebrilitate.

Rezultatele le dăm în tabloul alăturat:

TABLOUL Nr. 1. — Tifus exantematic.

Nr.	T r o m b o c i t e			Obs.
	I	II	III	
1	84.000	Sucombat		grav
2	71.000	Sucombat		"
3	114.000	200.000	290.000	mijl.
4	145.000	190.000	310.000	"
5	89.000	150.000	270.000	"
6	40.000	100.000	200.000	grav
7	80.000	140.000	210.000	"
8	63.000	126.000	220.000	"
9	67.000	150.000	240.000	"
10	156.000	192.000	300.000	mijl.
11	105.000	350.000	320.000	"
12	110.000	228.000	340.000	"
13	103.000	234.000	300.000	"
14	131.000	140.000	330.000	"
15	138.000	216.000	400.000	"
16	114.000	100.000	190.000	grav
17	122.000	186.000	230.000	mijl.
18	84.000	320.000	323.000	"
19	109.000	210.000	350.000	"
20	53.000	91.000	230.000	grav
21	62.000	166.000	300.000	"
22	109.000	210.000	300.000	"
23	96.000	98.000	252.000	"
24	93.000	108.000	257.000	"
25	92.000	117.000	235.000	"
26	150.000	200.000	310.000	mijl.
27	156.000	220.000	320.000	ușor
28	145.000	250.000	380.000	"
29	78.000	98.000	190.000	grav
30	94.000	210.000	280.000	"

Din analiza acestui tablou (1) se constată următoarele: În 15 cazuri în perioada febrilă numărul trombocitelor a variat între 40—100.000. În celelalte 15 cazuri numărul trombocitelor a variat în această perioadă între 100—200.000, mai des între 100—150.000.

La a II-a numerotare, făcută imediat după defervescență, în cele mai multe cazuri (18) trombocitele variază între 100—200.000, în 2 cazuri 98.000, în restul cazurilor (10) numărul trombocitelor a variat între 200—300.000.

La a III-a analiză, executată în convalescență, după 15 zile de afebrilitate, se constată că numărul trombocitelor în cele mai multe cazuri (19) variază între 200—300.000, numai în 2 cazuri numărul lor este de 190.000, iar în 9 cazuri între 300—400.000.

Se constată deci că în perioada febrilă a tifusului exantematic există în mod constant o scădere a numă-

rul trombocitelor, care a mers până la 40.000. Dacă considerăm această scădere în raport cu gravitatea bolii, pare a fi un raport direct între acești 2 factori, pentru că în general în cazurile grave de boală există scăderile cele mai pronunțate. După defervescență trombocitele încep a-și reveni către normal, însă de obicei la sfârșitul convalescenței, după 15 zile de afebrilitate revin aproape în toate cazurile la valoarea lor normală.

Numărul leucocitelor, determinate paralel cu trombocitele, a variat între 7.000—23.000, în general hiperleucocitoza fiind în raport direct cu gravitatea bolii. Curba leucocitelor se comportă în mod invers cu aceea a trombocitelor. Iperleucocitoza din perioada febrilă îi corespunde o trombocitopenie, în convalescență în schimb ambele revin la normal.

Febra tifoidă. Am executat curba trombocitelor în 63 de cazuri de febră tifoidă, cu forme clinice de gravitate diferită. Am numerotat aceste elemente sangvine odată în plină perioadă febrilă, de stare a bolii și a II-a oară în timpul convalescenței, după 10—15 zile de la afebrilitate.

Am obținut următoarele rezultate:

La prima determinare numai în un caz am constatat 90.000 trombocite, un caz grav, care a și sucumbat, în 7 cazuri trombocitele au variat între 100—150.000, în 20 cazuri au fost între 160.000—200.000, în restul cazurilor de 35 au variat între 200—300.000.

La a II-a analiză numai în 3 cazuri trombocitele au fost între 160—200.000, iar în toate celelalte cazuri (59) au fost între 210—300.000.

Deci în 46% a cazurilor de febră tifoidă există în perioada febrilă o ușoară scădere a trombocitelor, care scădere în general este mai pronunțată în cazurile grave de boală, în restul cazurilor de 54% trombocitele sunt normale și în perioada de stare. În timpul convalescenței aproape în toate cazurile trombocitopenia este normală.

CLINICA BOLILOR CONTAGIOASE DIN CLUJ-SIBIU

RESUMÉ

L'évolution des plaquettes sanguines au cours du typhus exanthématique et de la fièvre typhoïde

On a numéroté les plaquettes sanguines d'après la technique de Fonio sur les frottis colorés dans 30 cas de typhus exanthématique et dans 63 cas de fièvre typhoïde avec des formes cliniques de gravité différente. A l'état normal le nombre des plaquettes varie entre 250.000—300.000 par mm. c.

On constate, qu'il existe pendant la période febrile du typhus exanthématique constamment un abaissement du nombre des plaquettes jusqu'à 40.000. Si on considère cet abaissement en rapport avec la gravité de la maladie, il semble qu'il y ait un rapport direct entre ces deux facteurs, parceque généralement c'est dans les cas graves de ma-

ladie existent les abaissements les plus prononcés. Après la défervescence les plaquettes montent vers la normale et habituellement après 15 jours d'afébrilité elles reviennent dans tous les cas à la valeur normale.

Il existe dans 46% des cas de fièvre typhoïde pendant la période fébrile un léger abaissement du nombre des plaquettes, qui généralement est plus prononcé dans les cas graves de maladie, dans le reste de 54% le nombre des plaquettes est normal, même pendant la période fébrile. Pendant la convalescence les plaquettes sont normales à peu près dans tous les cas.

ZUSAMMENFASSUNG

Das Verhalten der Thrombocyten im Verlauf von Typhus exanthematicus und abdominalis

Die Verfasser zählte die Thrombocyten nach dem Verfahren Fonio in 30 verschiedenen schweren Fällen mit Typhus exanthematicus und in 63 Fällen mit Typhus abdo-

minalis. Normalerweise variiert die Zahl der Thrombocyten zwischen 250.000—300.000 im c. mm.

Man konnte konstatieren dass bei Typhus exanthematicus in Fieberstadium konstant die Zahl der Thrombocyten fällt, selbst bis zu 40.000. Wenn wir diese Zahlen mit der schwere der Krankheit vergleichen, scheint zwischen diesen beiden Faktoren ein direktes Verhältnis zu bestehen, da in allgemeinen in Schweren Fällen die grösste Senkung der Thrombocytenzahl besteht. Nach der Defervescenz beginnt sie zur Norm zurückzukehren, erreicht aber gewöhnlich erst am Ende der Rekonvaleszens, 15 Tage nach der Entfieberung, beinahe in allen Fällen normale Werte.

Es besteht bei Typhus abdominalis im Fieberstadium in 46% eine leichte Senkung der Thrombocytenzahl, die in schweren Fällen im allgemeinen ausgesprochen ist. In übrigen 54% ist sie auch im Fieberstadium normal. Zur Zeit der Rekonvaleszenz ist die Thrombocytenzahl beinahe in allen Fällen normal.

Considerațiuni asupra gangrenelor genitale în legătură cu un caz de gangrenă fudroiantă – spontană – tip Fournier

de

Dr. M. Popluca, Dr. I. Birău și Drd. Gelta Dan

Cazul nostru s'a prezentat la consultațiunile Clinicei tocmai în ziua de Crăciun și fiind într'o stare extrem de gravă, a fost supus imediat unei intervenții chirurgicale, ca ultimă resursă terapeutică cu efect salutar.

Și cum astfel de cazuri între bolnavii internați survin destul de rar, găsim interesant și necesar de a relata în amănunțime observațiunea clinică a bolnavului nostru.

Este vorba de bolnavul S. N., în etate de 43 ani, vădov de 3 luni, de profesiune plugar, de naționalitate și religie rom. ort., cu domiciliul în comuna Gușterița (jud. Sibiu).

In antecedentele heredo-colaterale: soția moartă înainte de trei luni (suferind de pneumonie); a rămas cu 2 copii mici, cari sunt sănătoși.

In antecedentele personale: bolnavul prezintă o fimoză congenitală; înainte de 20 ani a avut o infecțiune blenoragică, pe care a tratat-o cu un medic particular, iar în vara trecută a avut o orchită traumatică în urma unei lovituri prin copită de cal și care a dispărut în timp de 2 săptămâni prin repaos și comprese reci locale. Bolnavul este alcoolic și fumător.

Istoricul bolii actuale: înainte de trei luni, în urma unui contact sexual dificil avut cu o prostituată, bolnavul a rămas cu o escoriațiune la nivelul prepuțului, foarte sensibilă, și o zonă eritematoasă în jur, precum și o balano-postită. Și-a făcut singur tratamentul prin aplicațiuni locale de spirt tot la 2—3 zile, timp de aproape o lună, după care interval leziunea se reduce la un simplu nodul indurat și foarte puțin sensibil, iar procesul de balano-postită menținându-se pe mai departe.

În luna Decembrie 1943 lucrând în pădure la tăiatul lemnurilor și atingându-se mereu de pantaloni cu organul în timpul

eforturilor sale fizice, începe din nou să-l supere vechea lui leziune și astfel nodulul devine mai mare și cu o zonă eritematoasă în jur, fiind iarăși sensibil.

În ziua de 23 Decembrie 1943 în urma unei contuzii cu un lemn la nivelul penisului, bolnavul prezintă o durere vie însoțită de o senzație de usturime la nivelul prepuțului și glandului, cari la câteva ore de la acest accident se tumefiază, încât întreg organul este mărit de volum foarte dureros și de culoare roșie-lividă.

În același timp apar fenomene generale grave: bolnavul prezintă frisoane violente cu ascensiuni termice de 40 grade; cefalee cu curbatură, grețuri și vărsături. Starea generală și locală a bolnavului se alterează în mod rapid: tumefacțiunea se extinde a doua zi și asupra scrotului, care este prins în întregime, fiind foarte mult mărit de volum și foarte sensibil. Tegumentele penoscrotale de culoare roșie închisă, însă pe alocuirea erau verzi-cenuși-închise sau galbene.

Bolnavul consultând un medic particular, acesta îi recomandă internarea de urgență în Clinică și astfel bolnavul într'o stare extrem de gravă (cu astemie profundă și pierderea conștiinței) ajunge să se interneze în serviciul Clinicei noastre tocmai în ziua de Crăciun.

La examenul general al bolnavului constatăm următoarele: temperatura 39 și 8 diviziuni, pulsul 140, iar tensiunea arterială 11—6 jumătate (V. L.). Bolnavul de constituție astenică și statură mijlocie, cu tegumentele ușor palide; sistemul muscular și adipos în parte dispărut, iar sistemul osos intact. La cord, aparatul respirator și restul organelor abdominale, nimic deosebit de semnalat.

La examenul local: bolnavul prezintă o tumefacțiune enormă atât a penisului, cât și a scrotului, cu tendință de extensiune spre regiunea pubiană și inghinală stângă. Glandul nu poate fi descoperit din cauza unei fimoze accentuate, la nivelul căruia se scurge o secreție purulentă murdară, cu miros fetid. Tegumentele peno-



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

scrotale sunt de culoare roșie-închisă-lividă, pe alocurea prezentând flicte și plăci necrotice; unele de culoare roșie-închisă, iar altele de culoare verzue-cenușie, ori gălbue, mai ales în unghiul peno-scrotal; încât datorită acestei alternanțe de culori, organul ia aspectul de banană coaptă, iar scrotul de dovleac. În regiunea pubiană și inghinală stângă tegumentele prezintă o culoare roșietică, fără să dea la palpare senzație de crepitațiuni.

Uretra bolnavului este liberă pe tot traectul și la sondajul vezicii urinare recoltăm o urină galbenă f. ușor tulbure, cu reacție acidă; densitatea 1025; albumina și puroiul în urme fine, iar zahărul negativ. În sedimentul urinar găsim: leucocite (10—12 pe câmp), rare hematii, câteva celule descuamative de tip renal și vezical, precum și rare grămezi de săruri amorfe uratice. Leucocitoza 8800; viteza de sedimentare accelerată, iar azotemia 0,88⁰/₁₀₀.

În fața acestui tablou ne-am decis pentru o intervenție chirurgicală de extremă urgență, după ce în prealabil am administrat bolnavului cardiotonice, ser antigangrenos 100 cc. intramuscular și ser glucozat 20⁰/₁₀₀ 80 cc, plus 2 fiole eufilină și 40 cc. ser clorurat hipertonic pe cale intravenoasă (Serul antigangrenos a fost injectat în peretele abdominal la limita zonei eritematoase.)

Am utilizat anestezia generală cu protoxid de azot și ajutorat de D-șoara externă Getta Dan, am executat cu bisturiul electric incizii întinse și largi atât la nivelul penisului, cât și a scrotului, recoltând serozitate purulentă într-o eprubetă sterilă pentru examenul bacteriologic. Glandul a fost descoperit prin 2 incizii laterale ale prepușului și pe urmă am aplicat puncte de foc la limita zonei eritematoase în regiunea suprapubiană și perineală. Am pus o sondă à demeure și am făcut un pansament umed cu un amestec de ser clorurat și ser antigangrenos.

Mersul post-operator. — *Ca tratament general* am administrat bolnavului zilnic seroterapie antigangrenoasă (câte 100 cc.); apoi sulfamido-terapie: eleudron câte 6 gr. în 24 ore, tot la 4 ore câte 2 comprimate, precum și câte 2 fiole de eubazium la zi (aceasta în primele 3 zile și pe urmă am scăzut doza la 4 și 3 gr. în zilele următoare); pe urmă ser glucozat 20⁰/₁₀₀ câte 80 cc, plus 2 fiole eufilină și câte 20—30 cmc. ser clorurat hipertonic; iar la o săptămână dela terminarea tratamentului cu sulfamide am administrat tot la 2—3 zile câte o fiolă de neosalvarsan doza II-a, în total 9 fiole. În același timp am susținut cordul prin mijloacele obișnuite.

Ca tratament local: am făcut de 2 ori la zi pansamente, utilizând apă oxigenată, ozonogen, ser antigangrenos și uneori și pulverizațiuni fenicate.

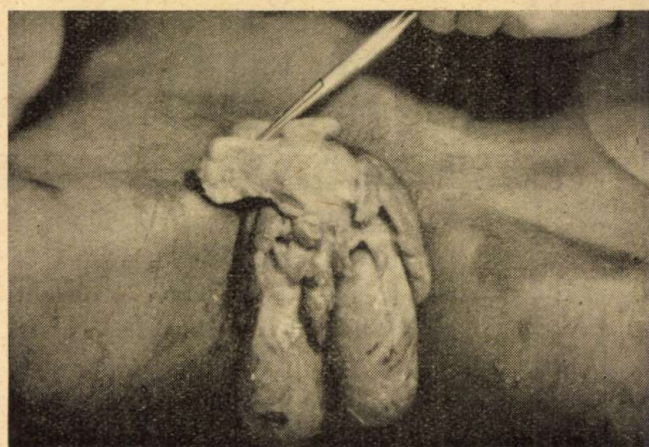
În urma acestui tratament starea generală a bolnavului s'a ameliorat foarte mult: pulsul și febra au început să scadă deja a treia zi, pentru ca începând cu ziua a șasa bolnavul să devie afebril și destul de bine dispus (azotemia fiind de 0,30 gr. ⁰/₁₀₀). Iar starea locală la fel mult ameliorată: procesul de limfangită dispărând complet a patra zi dela operație, cu un început de eliminare a escarelor peno-scrotale.

Rezultatul examenului bacteriologic al serozității purulente recoltată în decursul operației este următorul: *Institut de Igienă Cluj-Sibiu*, Buletinul Nr. 35, din 6 I. 1944: Pe mediile de cultură s'au dezvoltat streptococi hemolitici, bacili gram negativi (Friedländer) și bacili sporulați anaerobi. Semnat: șef de lucrări, Dr. Ilie Ardelean.

În prezent (cum se observă foarte bine din fotografiile nr. 1 și 2 ale bolnavului nostru), escarele sunt eliminate și plăgile operatorii foarte curate; iar pentru a grăbi procesul de reparare a pierderilor de substanță, facem pansamente cu balsam peruvian.

În general gangrenele genitale pot fi produse de cauze multiple. Așa vom avea gangrene de origine mecanică în legătură cu diferite traumatisme, strangulări

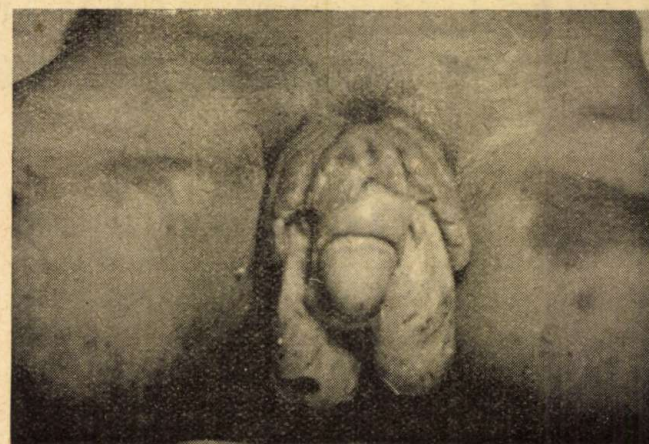
ale organului prin corpuri străine sau în cazuri de parafimoză (cum am avut în Clinică un caz recent operat și vindecat); sau gangrene în arterio-scleroză prin obstrucții arteriale — veritabile gangrene senile uscate —



Fotografia Nr. 1.

Iar altele apar prin acțiunea frigului (cazuri întâlnite în război) sau în cursul bolilor generale (febră tifoidă, gripă, variolă, paludism etc.).

De obicei însă apar ca și gangrene septice, infecția având o poartă de intrare destul de evidentă: balanopostite, ulceratiuni șancroase, diverse escoriațiuni



Fotografia Nr. 2.

etc., leziuni care se complică cu gangrenă, mai ales la cașectici, diabetici și intoxicați. În aceste cazuri gangrena se prezintă sub formă de plăci sfacelate puțin întinse.

Uneori însă infecțiunea poate fi de proveniență uretrală, lucru ce se petrece în caz de gangrenă consecutivă infiltrațiunii de urină.

Alături de aceste forme de gangrene genitale cu etiologie bine cunoscută, există încă o varietate în aparență spontană și cu evoluție extrem de rapidă (cum este cazul nostru expus mai sus), descrisă pentru prima dată în anul 1883, de către Fournier, și bine studiată în anul 1896 în teza sa de către Emery.

Din punct de vedere patogen este vorba de o limfangită gangrenoasă datorită mai frecvent streptococului (ca și cazul nostru: erizipel gangrenos), cum susține și Emery în teza lui, și uneori colibacilului, după cum reiese din cercetările lui Guyon și Albarran. Poarta de intrare a infecțiunii este așa de mică, încât trece neobservată: astfel o escoriațiune insignifiantă, produsă în timpul unui coit dificil, mai ales dacă e prezentă și filmoza (ca și în cazul nostru), sau printr'un grataj în urma unui prurit intens la nivelul organului (în caz de balanopostitie).

Faptul că această limfangită evoluează spre gangrenă s'ar explica prin virulența mărită a streptococului sau colibacilului; ori, prin asociațiunile microbiene (*Millian*, *Monquin*, *Babalian*, etc.) *Corbus* încredințează asociațiunea fuso-spirilară din angina lui *Plaut-Vincent*. *Albarran* și *Cottet* dau mare importanță intervențiunii agenților anaerobi din infiltrațiunea de urină, afecțiuni cu care aceste gangrene genitale prezintă o mare analogie. *Bloch* și *Schulman* au găsit deseori stafilococul asociat cu perfringens și cu microbi anaerobi din grupul histolitic (în cazul nostru era asociat streptococul hemolitic cu bacilii gram negativi Friedländer și bacilii sporulați anaerobi).

În 1917 *G. Millian* a descoperit în aceste gangrene un bacil asemănător celui al lui *Ducrey* și pe care-l consideră drept agent al acestei afecțiuni, dându-i numele de *Bacillus gangraenae cutis* și pe care l-a găsit deseori asociat cu streptococul.

Această formă de gangrenă genitală survine de obicei la indivizii destul de tineri, debutând în cursul unei stări de sănătate excelentă, printr-o senzație de arsură la nivelul prepușului și glandului. Prepușul se tumefiază și devine roșu. În același timp apar și fenomene generale violente, ca: frisoane cefalee cu ascensiuni termice până la 40 grade C, grețuri și vomisme. În mod rapid organul întreg se tumefiază devine dureros roșu și pe urmă livid, iar prepușul nu se mai poate decalota și prin orificiul său se scurge un puroi fetid. La 24—36 ore începe faza de mortificare: apar flicte cu conținut roșietec și sub ele țesuturile încep să se sfaceleze, pentru ca la câteva ore mai târziu să apară escare, la început roșii închise, apoi verzi-cenușii sau gălbui și pe urmă negre. Aceste escare fie că rămân limitate la prepuș sau la o porțiune de organ, fie că interesează în bloc toate elementele penisului, extinzându-se și la nivelul scrotului (unde distruge tegumentele în parte sau în totalitate) în mod foarte rapid, timp de 24 ore, și când întreg organul este transformat într-o masă neagră mortificată cu un miros fetid; niciodată însă nu s'a semnalat prezența de gaze.

Alteori unele escare sunt de culoare albă ca laptele, constituind *gangrena albă* a lui *Quesnay*. Și astfel această alternanță de escare negre și albe-gălbui dau

organului aspectul de banană coaptă (ca și în cazul nostru).

Tot timpul acestei evoluții temperatura se menține foarte ridicată, cu o stare generală grav atinsă.

Evoluția ulterioară este variabilă: bolnavii pot să sucumbă în fenomene de septicemie sau datorită complicațiilor infectioase cu punct de plecare dela nivelul regiunii gangrenate: flegmoane difuze, limfangite, erizipel, bronchopneumonie etc.

Uneori însă se pot vindeca spontan, producându-se o limitare a acestor țesuturi mortificate cu o detașare și eliminare progresivă destul de rapidă a acestor escare.

Astfel deja la o săptămână și ceva febra scade și escarele căzând, începe procesul de granulare și cicatrizare. Numai în cazuri rare când avem o gangrenă masivă, se pot produce destrucțiuni mai mult sau mai puțin întinse ale organului.

În privința tratamentului: în astfel de cazuri este vorba de o intervențiune chirurgicală de extremă urgență, ca și în cazul nostru, executând incizii întinse și largi, precum și circumscrierea regiunilor puble și perineale prin puncte de foc cu electrocauterul pentru a limita extensiunea procesului gangrenos. Pe urmă vom face spălături cu apă oxigenată, ozonogen, soluție Dakin, hipermanganat de potasiu, oxidianură de mercur și pansamente umede cu un amestec de ser clorurat și ser antigangrenos. Aceste pansamente vor fi făcute de 2 ori la zi, intercalându-se și pulverizațiunii fenicate (cum am procedat și noi în cazul de față).

De îndată vom institui și seroterapie antigangrenoasă, — încercând să facem un baraj a zonei gangrenate după metoda Prof. Pop Al., — administrând zilnic bolnavului până la 100 cc. ser antigangrenos polivalent (jumătate cantitate subcutanat și restul intramuscular timp de 5—7 zile); în același timp prin mijloacele obișnuite vom susține cordul și vom remonta starea generală a bolnavului — ca în orice infecțiune gravă — putând face uz cu succes și de neosalvarsan (ca și în cazul nostru).

Vom aplica bolnavului și sulfamido-terapie în doze de atac (în primele 3 zile câte 6 gr. și ulterior câte 4—3 gr. în 24 ore, administrând câte 2 comprimate la interval de 4 ore și asociate cu administrarea de sulfamide în injecții câte 2 fiole la zi, pentru a atinge astfel cu mai multă siguranță concentrația optimă curativă din sânge — ca și în cazul nostru).

Iar pentru remontarea celulei hepatice (cum am procedat și noi, fiind vorba și de o azotemie), administrăm în același timp și ser glicozat 20%, câte 80—100 cc., plus 2 fiole eufilină pe zi.

În ceea ce privește evoluția ulterioară a acestor plăgi operatorii, adăugăm următoarele: cum în astfel de cazuri de obicei numai plelea este mortificată (ca și în cazul de față), laxitatea țesutului celular subcutanat,

va permite ulterioare pierderilor de substanță de a se întregi în mod spontan și rapid; iar gena ce ar putea să rezulte din retracțiunile cicatriciale, fie că se va atenua spontan, fie că vom fi forțați să recurgem la executarea de autoplastii, pentru completarea primului timp operator.

Bibliografie

1. Albarran et Cottet : Le rôle des anaérobies dans l'infection urinaire. (Presse Médicale, 21 janvier 1903, Nr. 6, p. 85.)
2. Brun et Monod : Traumatismes du pénis, art. Penis (Dict. Dechambre.)
3. Cottet : Recherches bactériologiques sur les suppurations péri-urétrales. (Th. Paris, 1899)
4. Dieulafoy : Gangrène foudroyante de la verge. (Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu, t. V, 1905—1906, pg. 40 et 57.)
5. Marion G. : Traité d'Urologie, vol. II, p. 927.

CLINICA CHIRURGICALĂ ȘI BOLILE CĂILOR URINARE
DIN CLUJ-SIBIU

Director : Prof. Dr. Emil Țeposu.

RESUMÉ

Considérations sur les gangrènes génitales en liaison avec un cas clinique

On décrit un cas de gangrène foudroyante, spontanée, des organes génitaux, chez un homme de 43 ans, qui a guéri par un traitement opératoire et un traitement associé : sérothérapie antigangreneuse et sulfamides.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über die Gangrän der Geschlechtsteile, im Zusammenhange mit einem klinischen Fall

Es wird ein Fall von spontaner, supraakuter Gangrän der Geschlechtsteile eines 43-jährigen Mannes mitgeteilt, welche auf operative Behandlung und Verabreichung von antigangränösen Serum und Sulfamide heilte.

Probleme terapeutice

Tratamentul ulcerului gastro-duodenal cu ser glucozat hipertonic 25%

de

Dr. Emil Degan și Dr. C. Ghinescu

Tratamentul medical al ulcerului gastro-duodenal este una din problemele cele mai dificile din patologia gastrică, căci numeroasele și variatele metode întrebunțate în acest scop n'au putut deslega până în prezent problema terapeutică a acestei afecțiuni. Pe de o parte lipsa unei etiologii și patogenii precise, iar pe de alta faptul, că ulcerul este o boală cu evoluție periodică și tendință la recidive, a făcut ca rezultatele obținute să aibă mai mult un caracter provizoriu.

Cercetările din ultimii ani ale lui Henning și Norpoth, îndreptate mai ales asupra acidității ca factor în geneza ulcerului, l-au determinat pe aceștia să ajungă la concluzia, că în tratamentul ulcerului duodenal terapia din timpul nopții este mult mai importantă decât cea din timpul zilei, cunoscut fiind faptul că în ulcerul duodenal există o hiperaciditate nocturnă prelungită, spre deosebire de ceea ce se petrece la un individ sănătos la care secreția încetează puține ore după adormire.

Faptul că în ultimii 50 de ani terapia ulcerului gastro-duodenal urmărea mai mult realizarea unei anacidități pe cale artificială, pe care chirurgia o crează prin rezecție, internștii au căutat să obțină același rezultat cu ajutorul unor substanțe, care au proprietatea de a neutraliza sau diminua secreția acidă a stomacului.

În cercetările lor de a obține aceasta, Henning și Norpoth se opresc la soluția hipertonică de glucoză. Aceștia administrând atât ziua, cât și în timpul nopții la intervale mici de timp cantități reduse de ser glucozat hipertonic, au observat o scădere a curbei de aciditate dela forma ascendentă sau hiperacidă la forma descendentă și hipoacidă. Tehnica procedurii stabilite de acești autori după 2 ani de experiență este următoarea :

Se administrează bolnavilor la intervale de o oră câte 50 cm³ ser glucozat hipertonic 60%. Această soluție concentrată se ia fără greutate, glucoza ne fiind o substanță prea dulce. Seara prin intermediul unei sonde duodenale introdusă în stomac prin fosa nazală se continuă administrarea aceleiași cantități de glucoză la aceleași intervale de o oră, fără ca bolnavul să fie deranjat în somnul său.

În ce privește regimul dietetic, Norpoth și Henning nu administrau în primele zile nici un aliment. În acest timp nutriția se făcea prin glucoza administrată din oră în oră, pe care nu o extrăgeau, împiedcând în felul acesta scăderea greutății bolnavului în timpul primelor zile. După trei zile administrau în intervalele de tratament biscuiți și cantități mici de unt, pentru ca mai târziu să se ajungă treptat la un regim format numai din preuri.

Prin instituirea acestui tratament Henning și Norpoth obțin la toate cazurile o diminuare a acidității gastrice și paralel cu aceasta o încetare bruscă a simptomelor dureroase. Aceste constatări au fost confirmate și de cercetările lui Lührs, care plecând de la faptul că între aciditatea urinară și secreția acidă a stomacului există un anumit raport, determină concentrația ionilor de hidrogen în singuraticile cantități de urină recoltate înainte și după instituirea tratamentului cu glucoză și constată că valorile Ph-ului urinar sunt mai mici după administrarea glucozei, decât înainte acestui tratament.

Faptul, că foarte mulți bolnavi cu hiperaciditate, ulcer gastric și constipație spastică prezintă în același timp o stare de vagotonie, l-a determinat pe Eppinger să stabilească o legătură între constipația spastică, vagotonie și geneza ulcerului gastric. Constipația spastică provoacă, după Eppinger, o stare de iritație și inflamație la nivelul mucoasei intestinale, iar într-o fază mai înaintată ulcerul și infecții locale care sunt întovărite de o invazie a organismului cu microbi și toxine microbiene. Această intoxicație microbiană (mai ales cu enterococi și coli) crează la rândul său o stare de vagotonie și tulburări în permeabilitatea capilarelor, mai ales la nivelul mucoasei gastrice și provoacă în felul acesta o inflamație seroasă cu toate caracterele unei gastrite acute. Dacă leziunea capilară este mai pronunțată și are o durată mai lungă, se vor produce ulcerul asemănătoare ulcerului incipient. După această teorie, ulcerul gastro-duodenal nu este o boală locală, ci expresia unei suferințe generale, în patogenia căreia constipația spastică, vagotonia și tulburările în permeabilitatea capilarelor joacă un rol important.

Aceste considerațiuni l-au determinat pe Eppinger să combine tratamentul ulcerului gastro-duodenal cu al constipației spastice. Terapia preconizată de el constă în administrarea unui regim mai mult vegetarian, bogat în celuloză și vitamine, căreia i se asociază spălături gastrice cu soluție hipertonică de glucoză 15—20%. Metoda preconizată de el este următoarea:

Se introduce în stomac dimineața pe nemâncate prin intermediul unei sonde duodenale o cantitate de 200—300 cm³ glucoză 15—20%. Soluția este lăsată în stomac timp de 20—30 minute, după care se aspiră cu ajutorul unei siringi. Aceași cantitate de glucoză poate fi introdusă din nou odată sau de două ori, scoțând-o la intervale de 10—20 minute.

Această metodă terapeutică provoacă o scădere pronunțată a clorurilor din sânge și deci a formării acidului clorhidric care este un factor important în tratamentul ulcerului. Ameliorează vagotonia, influențează în bine circulația capilară la nivelul mucoasei gastrice, provoacă o rapidă dispariție a simptomelor dureroase, iar în unele cazuri dispariția gastritelor și ulcerului gastric atât radiologic, cât și gastroscopic. În ce privește ulcerul

duodenal, rezultatele obținute sunt mai puțin concludente ca cele obținute în ulcerul gastric.

Impresionați de rezultatele excelente obținute de acești autori, am introdus și noi această metodă terapeutică în serviciul Clinicii Medicale II, observând și tratând un număr de 32 bolnavi cu ulcer gastric și duodenal. Tehnica urmată de noi a fost următoarea:

Se administrează bolnavului dimineața pe nemâncate prin intermediul unei sonde duodenale o cantitate de 300—400 cm³ ser glucozat hipertonic 25%. Bolnavul va reține sonda pe loc timp de 30 minute cât durează tratamentul. În acest timp va sta câte 10 minute pe partea dreaptă, apoi pe spate și pe partea stângă, după care se procedează la extragerea soluției injectate. Glucoza introdusă se va da în prealabil încălzită, bolnavul suportând-o în felul acesta mai bine. Dacă bolnavul prezintă hipersecreție pe stomacul gol, se va proceda mai întâi la extragerea ei și numai după aceea se va introduce soluția de glucoză. În ce privește soluția injectată, se va avea în vedere o cât mai totală extracție a ei, deoarece cantitățile mari de ser glucozat rămase în stomac sunt în majoritatea cazurilor cauza diareei care poate surveni în cursul tratamentului. Spălăturile se fac tot a doua zi, numărul lor rămânând la aprecierea celui care instituie această metodă terapeutică. Noi am instituit în general 6—10 spălături. La toți bolnavii tratați se va determina în prealabil aciditatea gastrice. Regimul urmat de bolnavii noștri în cursul tratamentului a fost un regim de pierdere.

Dăm mai jos un număr de 32 de cazuri de ulcere gastrice și duodenale cu rezultatele și observațiunile noastre făcute în timpul și după aplicarea acestei noi metode terapeutice.

1. — B. N., bărbat în etate de 32 ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică și vărsături provocate. Durerile datează de 2 ani, survin la 2 ore după alimentație, au un caracter periodic, iar de 3 luni sunt permanente.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: Aciditatea liberă 35, aciditatea totală 52.

Examen radiologic: Plicile mucoasei gastrice sunt îngroșate și neregulate. Curbura mare dințată. Bulbul duodenal se umple fugitiv și este deformat în formă de trifoi.

Diagnostic: Ulcer duodenal cu gastrită.

Tratament: Cinci spălături cu glucoză 25%, executate tot a doua zi. După spălătura a doua bolnavul nu mai prezintă nicio durere.

Control radiologic: Dispariția semnelor radiologice de gastrită cu persistența celor de ulcer.

2. — P. S., bărbat în etate de 36 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică care datează de un an, survin atât înainte, cât și la o oră după alimentație, au periodicitate de primăvară și toamnă, iar de două luni sunt continue.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 32, aciditatea totală 48.

Examen radiologic: Plicile mucoasei gastrice sunt îngroșate și neregulate. Bulbul duodenal prezintă o incizură pe curbura mare, iar recesul intern alungit și ascuțit.

Diagnostic: Ulcer duodenal cu gastrită.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. După spălătura a doua durerile cedează complet, bolnavul simțindu-se foarte bine.

Control radiologic: Dispariția semnelor radiologice de gastrită cu persistența celor de ulcer.

3. — C. D., bărbat în etate de 28 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică cari datează de 5 luni, sunt ritmate de alimentație și întovărășite de vărsături spontane.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 52, aciditatea totală 74.

Examen radiologic: Plicele mucoasei gastrice sunt îngroșate și neregulate. Stomacul este hipertonic și prezintă secreție dimineața pe nemâncate. Bulbul duodenal este situat înapoia porțiunii pilorice a stomacului, devenind vizibil numai în O. A. D. Recesul intern al bulbului este alungit, neregulat, dureros la palpare și rămâne pătat după evacuare.

Diagnostic: Ulcer duodenal cu gastrită.

Tratament: Zece spălături cu glucoză 25%. Fenomenele subiective cedează după prima spălătură și dispar complet după a treia.

Control radiologic: Dispariția semnelor radiologice de gastrită cu persistența celor de ulcer.

4. — L. D., bărbat în etate de 44 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică, cari datează de 8 ani, survin atât înainte, cât și după alimentație, cedează cu ingerarea de alimente și au periodicitate de primăvară și toamnă.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 38, aciditatea totală 56.

Examen radiologic: Stomacul plin cu lichid. Curburile normale. Bulbul duodenal se umple numai după decubit lateral drept, este deformat, dureros la palpare și are recesul extern alungit și ascuțit.

Diagnostic: Ulcer duodenal.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. După prima spălătură durerile cedează complet.

Control radiologic: Același aspect radiologic ca la prima examinare

5 — G. S., bărbat în etate de 54 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică, cari datează de 2 ani, survin mai ales pe nemâncate, se calmează cu alimentația, au o periodicitate de primăvară și toamnă și sunt în legătură cu frigul și eforturile fizice.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 24, aciditatea totală 44.

Examen radiologic: Stomac normal. Bulbul duodenal are forma de trifoi și este dureros la palpare.

Diagnostic: Ulcer duodenal.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. După primele două spălături durerile cedează în intensitate și dispar complet după spălătura a treia.

Control radiologic: Același aspect radiologic.

6 — B. H., bărbat în etate de 44 de ani, este internat pentru dureri de-a-lungul rebordului costal și baza ambelor hemitorace cu punct de plecare retroxifoidian. Durerile apar pe stomacul gol, dispar cu alimentația și au o periodicitate de primăvară și toamnă. I se institue un tratament cu atropină, larostidină și substanțe alcalinizante, după care fenomenele diminuează, dar nu dispar complet. Revine după 4 luni cu aceleași fenomene subiective, când i se institue tratamentul cu glucoză.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 34, aciditatea totală 48.

Examen radiologic: Plicele mucoasei gastrice sunt îngroșate. Bulbul duodenal are formă de trifoi și este sensibil la palpare.

Diagnostic: Ulcer duodenal cu gastrită.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. După spălătura a doua fenomenele dureroase se ameliorează și dispar complet după spălătura a patra. Bolnavul a prezentat în două rânduri scaune diareice.

Control radiologic: Dispariția semnelor radiologice de gastrită cu persistența celor de ulcer.

7. — P. T., bărbat în etate de 41 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică și hipocondrul stâng. Apar imediat după mâncare, n-au caracter de periodicitate, sunt însoțite de grețuri și vărsături și iradiază spre regiunea lombară stângă. Înainte cu 6 zile hematemează și melenă.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 38, aciditatea totală 52.

Examen radiologic: După decubit lateral drept pe mica curbura a stomacului o nișă penetrantă de mărimea unui bob de fasole, orientată în sus și spre spate. După 7 ore urme de bariuri în stomac.

Diagnostic: Ulcer gastric localizat pe curbura mică.

Tratament: După trei spălături cu glucoză 25% dispar toate fenomenele dureroase. Bolnavul este însă slăbit în urma hemoragiei pe care a prezentat-o.

Control radiologic: Același aspect radiologic.

8. — G. G., bărbat în etate de 43 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică, cari apar la $\frac{1}{4}$ de oră după alimentație, datează de $\frac{1}{2}$ de an și au o periodicitate de primăvară și toamnă.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 30, aciditatea totală 48.

Examen radiologic: Lichid a jeun. Plicele mucoasei din regiunea pilorică a stomacului sunt îngroșate și neregulate. Juxta-piloric pe curbura mică o incizură variabilă.

Diagnostic: Gastrită, ulcer gastric.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. După prima spălătură sindromul dureros scade în intensitate și dispare complet după spălătura a patra.

Control radiologic: Stomac de aspect normal. Peristaltismul trece normal peste ambele curbură până la pilor. Bulbul duodenal se umple bine și se evacuează normal.

9. — B. M., femeie în etate de 29 ani, este internată pentru dureri localizate în regiunea epigastrică, cari datează de șase săptămâni, apar aproximativ la o oră după alimentație și sunt însoțite de o senzație de plenitudine, iar uneori de vărsături.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 48, aciditatea totală 64.

Examen radiologic: Ulcer penetrant de mărimea unui sâmbure de cireșă pe curbura mică a stomacului.

Diagnostic: Ulcer gastric localizat pe curbura mică.

Tratament: Zece spălături cu glucoză 25%. Fenomenele dureroase diminuează după spălătura a doua și dispar complet după spălătura a patra.

Control radiologic: Ulcerul mult diminuat. Se mai vede o mică pată.

10. — D. Gh., bărbat în etate de 33 de ani, este internat pentru dureri localizate în regiunea epigastrică, cari datează de trei ani, apar atât înainte, cât și după alimentație, se calmează după ingerare de alimente, au o periodicitate de primăvară și toamnă și sunt însoțite de grețuri, vărsături piroze și regurgități acide.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 34, aciditatea totală 56.

Examen radiologic: Nișă penetrantă pe curbura mică a stomacului, imediat sub bula de gaz.

Diagnostic: Ulcer gastric localizat pe curbura mică.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. Fenomenele dureroase dispar complet după spălătura a treia. Bolnavul a prezentat în două rânduri scaune diareice.

Control radiologic: Același aspect ca la prima examinare.

11. — B. M., femeie în etate de 21 de ani, este internată pentru dureri localizate în regiunea epigastrică cu iradiere spre hipocondrul drept, cari datează de șase săptămâni, apar imediat după alimentație, sunt însoțite de vărsături spontane după cari fenomenele subiective se ameliorează sau dispar.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 48, aciditatea totală 65.

Examen radiologic: Ulcer penetrant de mărimea unui sâmbure de cireșă pe curbura mică a stomacului.

Diagnostic: Ulcer gastric localizat pe curbura mică.

Tratament: Zece spălături cu glucoză 25%. Fenomenele dureroase diminuează după spălătura a doua și dispar complet după spălătura a patra.

Control radiologic: Ulcer mult diminuat, se mai vede o mică pată.

12. — P. E., femei în etate de 30 de ani, este internată pentru dureri localizate în regiunea epigastrică, cari datează de 4 săptămâni, apar aproximativ la o oră după alimentație și sunt însoțite de piroze și regurgități acide.

Aciditățile gastrice după dejunul de probă: aciditatea liberă 25, aciditatea totală 40.

Examen radiologic: Ulcer penetrant pe mica curbura, de mărimea unui bob de fasole.

Diagnostic: Ulcer gastric localizat pe mica curbura.

Tratament: Șase spălături cu glucoză 25%. După spălătura a treia fenomenele dispar complet.

Control radiologic: Disparația completă a ulcerului. Stomac și duoden radiologic normal.

Redăm mai jos un tablou rezumativ cu rezultatele obținute în celelalte 20 de cazuri:

Nr.	Numele	Sex	Etate	Diagnostic clinic și radiologic	Acidități după dejunul de probă	Tratament	Rezultatul	Control radiologic
13	V. G.	Bărb.	42 ani	Ulcer duodenal cu gastrită	A. liberă: 41 A. totală: 59	6 spălături cu glucoză 25%	Disparația durerilor după spălătura a 4-a	Disparația semnelor radiologice de gastrită. Persistența celor de ulcer
14	B. N.	Bărb.	49 "	Ulcer duodenal	A. liberă: 20 A. totală: 34	6 spălături cu glucoză 25%	Persistă o senzație de arsură la terminarea tratamentului	Același aspect radiologic
15	N. N.	Bărb.	40 "	Ulcer duodenal cu gastrită	A. liberă: 18 A. totală: 28	6 spălături cu glucoză 25%	Ameliorare în intensitatea durerilor	Disparația semnelor radiologice de gastrită. Persistența celor de ulcer
16	G. V.	Bărb.	40 "	Ulcer duodenal cu gastrită	A. liberă: 42 A. totală: 64	6 spălături cu glucoză 25%	Disparația durerilor după spălătura a 4-a	Disparația semnelor radiologice de gastrită. Persistența celor de ulcer
17	R. I.	Bărb.	48 "	Ulcer duodenal	A. liberă: 28 A. totală: 46	6 spălături cu glucoză 25%	Disparația durerilor după spălătura a 6-a	Același aspect radiologic
18	C. P.	Fem.	52 "	Ulcer duodenal	A. liberă: 7 A. totală: 18	6 spălături cu glucoză 25%	Nici o ameliorare	Același aspect radiologic
19	P. I.	Bărb.	27 "	Ulcer juxta-piloric	A. liberă: 46 A. totală: 70	6 spălături cu glucoză 25%	Disparația durerilor după spălătura a 4-a	Același aspect radiologic
20	S. S.	Bărb.	41 "	Ulcer duodenal	A. liberă: 17 A. totală: 30	6 spălături cu glucoză 25%	Ameliorare	Același aspect radiologic
21	N. N.	Bărb.	44 "	Ulcer duodenal	A. liberă: 18 A. totală: 28	8 spălături cu glucoză 25%	Ameliorare	Același aspect radiologic
22	C. S.	Bărb.	50 "	Ulcer duodenal	A. liberă: 8 A. totală: 14	8 spălături cu glucoză 25%	Nici o ameliorare	Același aspect radiologic

Nr.	Numele	Sex	Etatea	Diagnostic clinic și radiologic	Acidități după dejunul de probă	Tratament	Rezultatul	Control radiologic
23	C. V.	Fem.	37 „	Ulcer dublu gastric și duodenal	A. liberă : 12 A. totală : 18	6 spălături cu glucoză 25%	Nici o ameliorare	Același aspect radiologic
24	B. I.	Bărb.	43 „	Ulcer dublu gastric și duodenal	A. liberă : 18 A. totală : 28	6 spălături cu glucoză 25%	Ameliorare	Același aspect radiologic
25	C. D.	Fem.	55 „	Ulcer dublu gastric și duodenal	A. liberă : 38 A. totală : 48	6 spălături cu glucoză 25%	Dispariția durerilor după spălătura a 3-a	Același aspect radiologic
26	C. M.	Fem.	45 „	Ulcer dublu gastric și duodenal cu gastrită	A. liberă : 38 A. totală : 54	6 spălături cu glucoză 25%	Dispariția durerilor după spălătura a 2-a	Dispariția semnelor radiologice de gastrită cu persistența celor de ulcer
27	M. A.	Fem.	59 „	Ulcer gastric pe curbura mică	A. liberă : 34 A. totală : 48	6 spălături cu glucoză 25%	Dispariția durerilor după spălătura a 4-a	Același aspect radiologic
28	C. B.	Bărb.	52 „	Ulcer gastric penetrant	A. liberă : 19 A. totală : 30	8 spălături cu glucoză 25%	Dispariția durerilor după 8 spălături	Plicile mucoasei orientate convergent spre punctul de pe mica curbura unde a existat în prealabil nișa care în prezent nu mai este vizibilă
29	M. V.	Bărb.	41 „	Ulcer gastric pe mica curbura	A. liberă : 36 A. totală : 54	8 spălături cu glucoză 25%	Dispariția durerilor după spălătura a 5-a	Același aspect radiologic
30	N. I.	Bărb.	61 „	Ulcer gastric Gastrită	A. liberă : 40 A. totală : 54	6 spălături cu glucoză 25%	Dispariția durerilor după spălătura a 4-a	Același aspect radiologic
31	Z. N.	Bărb.	37 „	Gastrită	A. liberă : 18 A. totală : 28	6 spălături cu glucoză 25%	Ameliorare	Același aspect radiologic
32	G. G.	Bărb.	30 „	Gastro-Duodenită	A. liberă : 14 A. totală : 20	6 spălături cu glucoză 25%	Nici o ameliorare	Același aspect radiologic

Aceasta metodă terapeutică a fost experimentată pe un număr de 32 cazuri dintre care: 16 cazuri cu ulcer duodenal, 4 cazuri cu ulcer dublu gastric și duodenal, 10 cazuri cu ulcer gastric, 2 cazuri cu gastrită simplă.

Făcând un tablou general asupra rezultatelor obținute prin acest tratament, putem spune că din cele 30 ulcere tratate de noi, în 21 am obținut dispariția completă a tuturor fenomenelor subiective, — mai ales a sindromului dureros — cu modificări vădite în starea generală; în 6 cazuri ameliorări evidente; iar în 3 cazuri tratamentul nostru a rămas fără nici un efect.

Redat procetual avem următorul tablou: În 70% a cazurilor, dispariția completă a simptomelor dureroase. În 20% a cazurilor, ameliorări evidente. În 10% a cazurilor, nicio modificare.

Examenul radiologic de control efectuat după terminarea tratamentului ne-a dat următorul rezultat:

1. În toate ulcerile duodenale și gastro-duodenale imaginea radiologică nu s'a modificat întru nimic față de imaginea anterioară.

2. În ulcerile gastrice am obținut într'un singur caz dispariția completă, iar în 2 cazuri o reducere a imaginii radiologice față de examinarea anterioară. În celelalte 7 cazuri aspectul radiologic a rămas ne modificat.

3. În cele 2 cazuri cu gastrită simplă aspectul radiologic a rămas același ca la prima examinare spre deosebire de gastritele de acompaniament ce întovăreșeau ulcerile noastre la care după efectuarea tratamentului în 9 din 10 cazuri am obținut dispariția completă a imaginii radiologice de gastrită.

Această metodă terapeutică n'are prin urmare nici o influență asupra semnelor radiologice ale ulcerului gastro-duodenal, imaginea radiologică păstrând în majori-

Hipocholin

Clorhidrat de Acetylcholin 5 — 10 — 20 %

Fiole à 1,1 cc.

Afecțiuni vasculare;

*Turburările funcționale sau organice care
urmează turburărilor circulatorii sau
desechilibrului vegetativ;*

*Migrenele oftalmice, glaucome, tromboza
arterei centrale a retinei;*

*Atonia gastrică, atonia veziculei biliare,
atonie intestinală;*

*Vertige labirintice, văjâeturi, rinite atrofice,
ozena;*

*Atrofii musculare prin procese articulare sau
imobilizări prelungite;*

*Turburările post puncționale, cefalee,
rachialgii, etc.*

Ambalaj: cutii à 6 fiole

„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“

Soc. Cooperativă

București, Calea Griviței 67 — Telefon 4.98.08

DIGIBAÏNE

TONIC CARDIAC



O mică doză de ouabaină sensibilizează miocardul la digitalină permițând acesteia din urmă să exercite o acțiune mai rapidă, mai intensă și mai durabilă.

Nici o obișnuință chiar în timpul curelor prelungite și continue.

15 picături = $\frac{1}{10}$ mg. digitalină crist. + $\frac{2}{10}$ mg. ouabaină crist. Doza mijlocie: 20–30 picături pe zi.

Codex S. A. R., Calea Șerban Vodă 41, București

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență – Hipotonie – Sarcină – Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă – Difterie – Tuberculoză – Febră tifoidă – Pneumonie

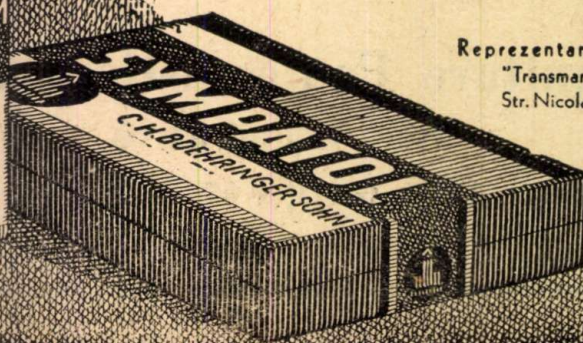
Colapsuri grele:

Operațiuni – Nașteri – Hemoragii – Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



tatea cazurilor același aspect ca și înainte de tratament. Are însă o acțiune excelentă asupra simptomelor dureroase care în majoritatea cazurilor dispar complet după primele spălături. În unele cazuri efectul terapeutic este atât de manifest, încât bolnavii după prima sau a doua spălare cer insistent să părăsească serviciul spitalicesc considerându-se vindecați.

Rezultatele obținute au fost mai bune în ulcerele gastrice decât în cele duodenale, ceea ce concordă și cu cercetările lui Eppinger care a obținut aceleași rezultate.

Un alt fapt demn de remarcat este acela, că în toate cazurile la care am obținut dispariția completă sau o ameliorare evidentă a simptomelor dureroase bolnavii prezentau acidități normale sau ridicate, iar acele cazuri la care fenomenele dureroase n'au putut fi influențate prin acest tratament — acidități reduse. Aceste observații concordă cu rezultatul cercetărilor făcute de Henning și Norpoth.

Unele cazuri n'au putut fi influențate cu alte mijloace terapeutice au reacționat bine la acest tratament. Așa este cazul Nr. 6 la care cu tot tratamentul alcalinizant, atropină, larostidină și regim dietetic corespunzător n'am reușit să obținem dispariția fenomenelor dureroase. Revenit în clinică după 4 luni l se institue tratamentul cu glucoză după care fenomenele dureroase dispar complet. Henning și Norpoth au publicat cazul unui ulcer operat de 5 ori la care cu toată reducerea în dimensiune a stomacului hipersecreția n'a putut fi înlăturată, bolnavul prezentând o gastrită gravă complicată cu un ulcer peptic care sângera în permanență. După zadarnice regimuri dietetice s'a încercat alimentația artificială prin sondă, care nu a putut fi executată din cauza vărsăturilor pe care le prezenta bolnava. Se încearcă atunci ca ultim remediu instituirea tratamentului cu glucoză atât ziua, cât și în timpul nopții. După acest tratament bolnava scapă pentru prima dată de durerile atroce, putându-și vedea de ocupațiuni.

În majoritatea cazurilor nu s'au ivit complicațiuni. Unii au prezentat în primele zile ale tratamentului piroze, iar într'un singur caz fenomene de adevărată intoleranță gastrică. Aceste neplăceri după Eppinger sunt ușor de înlăturat prin administrare de laroacaină. Se dizolvă o tabletă din aceasta substanță într-o cantitate de 150—200 cm³ apă și se administrează bolnavului dimineața pe nemâncate. În felul acesta mucoasa gastrică devine mai puțin sensibilă, putând suporta mai ușor și mai bine soluția hipertonică de glucoză.

La 3 din cazurile noastre tratamentul cu glucoză a fost urmat de scaune diareice care n'au influențat însă cu nimic starea generală și de nutriție a bolnavului, cedând imediat după terminarea tratamentului.

Paralel cu instituirea tratamentului Henning și Norpoth au observat o ameliorare a stării generale și concomitent cu aceasta o creștere în greutatea corporală. Acest fapt a fost remarcat și de noi la cazurile care au reacționat bine la tratament.

Dat fiind timpul scurt în care au fost executate cercetările noastre, cât și faptul că ulcerul este o afecțiune cu un caracter periodic și recidivant, evident că nu putem trage concluzii definitive în ce privește durata rezultatelor obținute.

Concluzii.

1. Tratamentul cu glucoză imaginat de Henning și Norpoth, experimentat și transformat de Eppinger fiind aplicat în clinica medicală II în 30 cazuri de ulcer gastro-duodenal s'a dovedit a fi util și practic atât prin ușurința metodelor întrebunțate, cât mai ales prin rezultatele bune și rapide pe care le-a dat.

2. Soluția hipertonică de glucoză administrată fie sub formă de mică cantitate din oră în oră, fie sub forma de spălături gastrice cu cantități mai mari tot la două zile provoacă dispariția rapidă și completă a simptomelor dureroase în majoritatea ulcerelor gastro-intestinale.

3. Nu influențează semnele radiologice ale ulcerului, aspectul radiologic rămânând în majoritatea cazurilor același ca înainte de tratament.

4. Rezultatele obținute sunt mai bune în ulcerele gastrice decât în cele duodenale și mai ales în acele care sunt însoțite de acidități normale sau mărite.

5. Tratamentul este bine suportat de majoritatea bolnavilor. Frecvența scaunelor observă în unele cazuri în cursul tratamentului nu influențează starea generală și de nutriție a bolnavilor, cedând imediat după terminarea tratamentului.

6. Soluția de glucoză întrebunțată de noi a fost de 25%, cantitatea variind între 300—400 cm³. Spălăturile gastrice au fost executate tot a doua zi numărul lor rămânând la spreclerea aceluia care institue aceasta metodă terapeutică. În cazurile noastre numărul spălăturilor a variat între 6—10.

Prin comunicarea acestei metode terapeutice vom să atragem atenția asupra unui nou tratament a elementului dureros gastro-duodenal, ușor de executat ca tehnică și cu rezultate concludente. El se poate face atât în clinică și spitale, cât și în mod ambulant, fiind astfel la îndemâna unui număr cât mai mare de medici care prin instituirea și experimentarea lui vor avea un mijloc în plus și de real folos în influențarea în bine a unuia din cele mai frecvente boli care bântuie poporul nostru.

CLINICA MEDICALĂ II, CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Goia

RESUMÉ**Le traitement de l'ulcère gastro-duodenal avec une solution de glucose 25%**

Les auteurs décrivent la nouvelle méthode thérapeutique dans les ulcères gastro-duodénaux.

Elle consiste en lavements gastriques, exécutés à jeun avec une solution hypertonique de glucose 25%, en quantité de 250—300 gr. qui sont faits de deux en deux jours — en total dix lavements.

Les résultats obtenus surtout dans les cas qui présentent des acidités normales ou augmentées sont très bons, la douleur disparaît même après 1—2 lavements.

La méthode n'influence pas l'image radiologique des ulcérations.

ZUSAMMENFASSUNG**Die Behandlung der Magenzwölffingerdarmgeschwüre mit einer 25% Glucoselösung**

Die Verfasser beschreiben die neue Behandlungsmethode der Magenzwölffingerdarmgeschwüre, welche Magenauswaschungen mit einer 25% Glukoselösung in Mengen von 250—300 gme jeden zweiten Tag (im Ganzen 6—10 Waschungen) auf nüchternen Magen, besteht.

Die erzielten Resultate sind besonders bei Fällen mit normaler oder erhöhter Magenseure, sehr gut, die Schmerzen schwinden schon nach 1—2 Waschungen.

Die Methode beeinflusst das Röntgenbild des Geschwüres nicht.

Notă terapeutică**Claudenul în tratamentul elefantiazei buzei inferioare**

de

Dr. Ioan Radu

medic primar — Arad

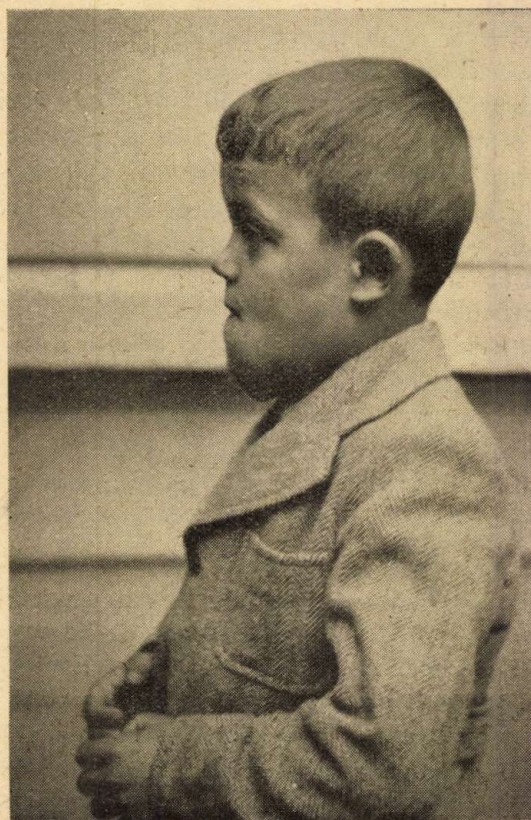
Pe lângă întrebuințările cunoscute ale Claudenului ca hemostatic, am încercat tratamentul unui caz de elefantiază a buzei inferioare cu injecții — prin infiltrare masivă locală — cu soluție de Clauden cu rezultate foarte mulțumitoare — adică vindecare — după ce în prealabil, nu ne-a dat rezultat nici radioterapia și nici radiumterapia și nici intervenția chirurgicală simplă.

Cazul este următorul:

Copilul B. Gh. de 8 ani, domiciliat în Arad.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nimic de remarcă. Născut la timp, părinții și copilul cu S. R. W. negativă. La vârsta de 18 luni, părinții remarcă apariția unui chist pe buza inferioară mărită și ea ca volum. Chistul se fistulizează, scurgându-se un lichid seros, dar buza nu cedează. În mai multe rânduri, plaga creată se redeschide, dar buza inf. rămâne tot mărită ca volum, de mărimea unui ou de găină cuprinzând și mentonul și regiunea submentonieră. A fost prezentat unor confrăți, care l-au recomandat radioterapie, deoarece nu era un simplu chist și o elefantiază extinsă a buzei inferioare. După radioterapie, care l se face la București, elefantiaza nu cedează, fapt pentru care este prezentat la Clinicile din Cluj, unde l se face radiumterapia, dar nici după acest tratament nu cedează, fapt care ne determină să facem intervenții de infirmusețare și reparatoare.

Elefantiaza persistând, în luna Oct. 1940 l se face injecții masive locale de infiltrare cu Clauden în 3 ședințe la intervale de 8 zile între ședințe, deoarece după fiecare ședință am avut o ușoară reacție trecătoare locală.



Bolnavul după intervenție chirurgicală și după tratamentul cu Röntgen și Radium. Înainte de infiltrația cu Clauden.

După acest tratament elefantiaza a cedat complet, iar copilul care de prezent e de 8 ani și se află sub observația noastră de 3 ani, este complet sănătos.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 14 Ianuarie 1944

Prezidează: *Prof. Dr. M. Sturza*, președinte.

Cuvântul Domnului Prof. Dr. Marius Sturza

Președintele Societății Științelor Medicale.

Doamnelor și Domnilor,

În sedința trecută, când a-ți binevoit a-mi oferi încrederea Dvs. delegându-mă ca președinte al acestei distinse Societăți Științifice nu am putut să mă declar dacă pot să primesc definitiv această onoare și distincțiune din două motive:

Întâi starea mea sanitară este de așa natură încât trebuie puțin sprijinită din afară.

Al doilea angajamentele mele în afară ca președinte al Societății Balneo-Climatice din București și pregătirea unei lucrări mai mari, mă va reține a-mi face datoria pe deplin.

Am trebuit deci să iau contact cu factorii respectivi, pentru a vedea dacă voi putea îndeplini ceea ce am de primit.

Am primit asigurarea colaboratorilor mei din comitet alcătuit din: Președinte *Prof. Dr. Marius Sturza*. Vice-președinte: *Conf. Dr. I. Gavrila*, *Dr. L. Ionașiu* și *Doc. Dr. O. Filipescu*. Secretar general: *Dr. Al. Ciplea* și *Dr. Săcărea Valer*. Secretar de sedință: *Dr. C. Meșianu*, *Dr. A. Faur* și *Dr. V. Gavrila*. Bibliotecar: *Dr. L. Comes*. Casier: *Dr. O. Fodor*, că voi fi substituit cu toată tăria și încrederea atunci când nu aș putea să fiu prezent la datorie în Sibiu.

Am putut să fac un aranjament la București ca să pot să fiu substituit și acolo la caz că motive mai importante m'ar putea reține la Sibiu.

Tot ceea ce este însă mai important este faptul că am căutat și găsit posibilitatea de a pune activitatea Societății pe baze ceva mai largi de cum le avea până acum.

În jurul unei Societăți Științifice trebuie creat și un mediu corespunzător.

De aceea am crezut de bine să creem un început pentru o bibliotecă medicală a societății și un local în care să poată fi utilizată această bibliotecă.

Am intrat în legătură cu d-l Director al Spitalului Public Sibiu d-l *Doc. Dr. Oct. Filipescu*, care a binevoit a ne pune la dispoziție localul bibliotecii spitalului, în care să se înjghebeze o sală de lectură pentru medici, respectiv membrii societății, care vor putea să consulte acolo revistele și cărțile care se vor găsi în bibliotecă. Biblioteca va avea un om de serviciu și un bibliotecar.

Mi-a succes să câștig puține fonduri pentru întemeierea, crearea și menținerea bibliotecii. Cum însă prin bunăvoința d-lui director al spitalului care ne-a pus la dispoziție localul și inventarul existent, cheltuielile de investiții au diminuat considerabil vom fi puși în posibilitatea de a putea procura dintr'un început un număr mai mare de cărți și reviste. Revistele din țară sperăm să le primim gratuit. Dintre revistele din străinătate vom primi deocamdată cele mai importante germane, franceze și elvețiene. Cărțile necesare se vor procura după indicațiunile d-lor profesori, directori de clinici și institute.

Localul bibliotecii ne va servi totodată și ca arhivă și depozit al societății. În arhivă se vor depune de aci înainte textul, sau cel puțin extrasul tuturor comunicărilor și conferințelor care se țin în ședințele societății, precum și procesele verbale ale ședințelor.

Tot acolo se va conserva inventarul mai de valoare al societății, cum este aparatul de proiecție și acum mai nou negatoscopul

care l-am putut procura din ajutorul oferit de Banca N. R. din zilele trecute.

Astfel doamnelor și domnilor se va pune baza pentru un centru științific al societății a cărei dezvoltare va sta în mâinile urmașilor noștri și a viitorului.

Ideia care ne-a călăuzit când ne-am gândit la înfăptuirea acestui început a fost mai amplă și mai măreață și anume să se realizeze cu timpul acolo unde va fi așezată definitiv Facultatea de Medicină a Daciei Superioare o clădire corespunzătoare, care să cuprindă sala de sedință, o bibliotecă perfect asortată, o sală de lectură pentru membrii, o sală de lectură pentru medicii, o arhivă și un depozit pentru averea societății. Asemenea așezăminte există în străinătate și au fost create numai prin munca și hărnicia societăților științifice medicale; ele pot fi create prin urmare și la noi.

Noi înființăm aci nucleul în mediul unei protop'asme fecunde care sunteți Dvs. și sperăm că în jurul acestora se vor înmulți și mai abundent celulele care se vor naște la un organism bine încheat, care să funcționeze cu amplexare în cadrul științei românești.

Generația viitoare va fi realizatorul unei asemenea înfăptuiri. Acum cerem ajutorul Dvs. și pentru acest modest început și vă rugăm să ni-l dați.

Conf. Dr. Zeno St. Borza: Considerațiuni asupra tratamentului fracturilor ambelor oase ale antebrațului.

Tratamentul fracturilor ambelor oase ale antebrațului constituie unul dintre cele mai dificile capitole de terapie. Acest fapt este pe deplin demonstrat printr-o statistică recentă a lui *Carniole*, care totalizând cazurile observate între anii 1923—28, constată o invaliditate permanentă în 90% a cazurilor.

Cele două oase ale antebrațului iau parte activă la producerea mișcărilor de pronție și supinație ale mâinii și antebrațului. Acest fapt impune ca terapia acestor fracturi să urmărească pe lângă primul deziderat — consolidarea fracturii — și acela al recuperării integrale, sau cel puțin parțiale a acestor mișcări.

Se insistă apoi asupra fiziologiei mișcărilor de pro- și supinație și se concludă că integritatea acestor mișcări este în funcțiune de:

a) axa de rotațiune a artic. radio-cubitale superioare, care trebuie să cadă pe aceeași linie cu axa artic. radio-cubitale inf.;

b) homologia situațiunii suprafețelor articulare precedente una față de cealaltă;

c) lungimea radiusului care trebuie să depășească cu 6—7 mm. pe aceea a cubitusului, căci altfel mișcarea de rotațiune circumferențială în artic. radio-cubitală inf. nu se poate executa;

d) integritatea mușchilor și a suprafețelor articulare.

În fracturile ambelor oase ale antebrațului aproape toate aceste condițiuni sunt schimbate și diferitele metode terapeutice caută prin mijloace adecvate să contribuie la restabilirea lor.

Se fac apoi câteva considerațiuni anatomo-patologice asupra diferitelor aspecte ale acestor fracturi, cari în caz de deplasări a fragmentelor modifică radical toate condițiunile indicate, necesare executării mișcărilor pronatorii și supinatorii.

Se insistă cu deosebire asupra deplasării circumferențiale (denumită de *Deslot* „decalaj”), care constă dintr-o poziție de supinație a fragmentului superior, (sub acțiunea mușchilor puternici ca bicepsul și scurtul supinator) și poziția de pronție a fragmentului inferior.

Diferitele metode de tratament se rezumă în: a) metode ortopedice, și b) în metode chirurgicale.

Se expune apoi în mod sumar principiul fiecărei metode, insistând mai mult asupra metodei preconizată mai recent de *Böhler*, constând din reducerea rapidă a fracturii.

În caz de nereușită prin procedeele ortopedice se va recurge la tratamentul chirurgical. Tehnica a fost bine reglată de *Dujariër* și constă în descoperirea focarului de fractură radial, care se repune prima oară. Dacă repunerea nu reușește nu trebuie să se insiste, căci după ce se intervine asupra cubitusului, repunerea radiusului devine foarte ușoară.

Pentru fixarea fracturii se pot utiliza: placa Schermann, grefonul autoplasic central, fixatorul extern al lui *Ombredanne*, etc.

Statisticile cele mai numeroase arată rezultate dezastruoase după intervențiile chirurgicale. Totuși statistica lui *Dujariër* indică rezultate bune în 88% a cazurilor. Din acest motiv autorul crede că aceste intervenții nu trebuiesc executate, decât în servicii unde există utilajul și experiența necesară în materie de chirurgie osoasă.

Se expune în fine observațiunea unui caz de fractură a ambelor oase a antebrațului, la care reducerea nu s'a putut obține prin metodele ortopedice și la care examenul radiografic indica o angulare antero-externă, precum și o încălecăre cu o scurtare a radiusului de 1½ cm.

În acest caz s'a practicat osteo-sinteza radiusului cu un auto-grefon tibial intramedular, obținând o vindecare anatomică și funcțională perfectă. Radiografiile prezentate sunt demonstrative, indicând starea la prezentarea în clinică, după intervenție, și la părăsirea serviciului.

Dr. C. Manta și Int. V. Ionescu-Comes: Leucemia mieloidă cu manifestațiuni cutanate și oculare.

Este vorba de o bolnavă în vârstă de 47 ani, care se internează în Serviciul Medical al Spitalului Public la data de 17 XII. 1943, pentru a-și continua ședințele de radioterapie, fiind suferindă de Leucemie mieloidă.

Boala a început acum 2 ani în mod insidios, prin slăbire progresivă, anemie, tulburări dispeptice și jenă în hipocondrul stâng. S'a prezentat la un serviciu de specialitate, unde i s'a pus dg. de leucemie mieloidă cronică și i s'au făcut o serie de ședințe de radioterapie. În urma acestui tratament, boala s'a ameliorat, — până acum 4 luni, când fenomenele s'au accentuat din nou. În plus, bolnava a început să prezinte încă 2 categorii de fenomene: 1. *cutanate*, prin apariția unor nodozități roșii cărămizii, în trei etape: pe fața extensorică a gambelor, pe coapse și apoi pe trunchi și față, și 2. *oculare*, prin diminuarea treptată a acuității vizuale.

La examenul obiectiv se constată o anemie foarte pronunțată. De asemenea se observă prezența în derm a unor tumorete de mărimea unor alune, și de culoare roșie cărămizie, ușor sensibile la palpare, repartizate în majoritate pe partea anterioară a gambelor, mai puține pe coapse și pe trunchi. Câțiva se găsesc și pe față și gât. Ganglionii cervicali, axilari și inghinali măriți până la dimensiunile unei alune. La nivelul ochilor se constată prezența unui ipopion bilateral, mai pronunțat în partea stângă. Organele toracice și abdominale nu prezintă nimic patologic în afară de splină, care depășește falsele coaste cu un lat de palmă. Bolnava prezintă ușoare subfebrilități (37²—37⁴). Ex. Hematologic: hematii 3.750.000, leucocite 65.000. Leucograma este caracteristică pentru o leucemie mieloidă cronică, cu numeroase elemente mieloid tinere, dintre cari mieloblaștii ocupă 3%.

Bolnava începe ședințele de radioterapie. La început se observă o ameliorare evidentă: starea generală devine mai bună, leucocitele scad la 20.000 splina își diminuează volumul până la 2 degete sub rebordul falselor coaste. Fenomenele cutanate și oculare rămân staționare.

La 10 zile după suspendarea ședințelor de radioterapie, starea generală devine mai puțin satisfăcătoare, febra crește la 38°, se instalează o curbatură, erupțiunile cutanate cresc, devin confluențe, de culoare albastrie-lividă și extrem de sensibile la palpare, iar diminuarea acuității vizuale se pronunță tot mai mult. Ex. sanguin arată o leucocitoză de 90.000 cu o leucogramă cu predominanță mieloblaștilor (34%). Anemia se pronunță, numărul hematiilor ajungând la 2.500.000. Splina crește rapid, atingând în curând ombilicul, iar leucocitoza ajunge în câteva zile la 180.000.

Prin iridectomie se extrage din camera anterioară a ochiului stâng un lichid purulent, în a cărui frotiu se găsesc în mod exclusiv numai mieloblaști. De asemenea și în secreția extrasă prin puncția unei tumorete cutanate, se găsesc tot mieloblaști.

În evoluția acestei boale avem 2 perioade distincte: în prima perioadă, boala evoluează sub aspectul clinic și sanguin a unei leucemii mieloid cronice obișnuite. În a 2-a fază, apar complicațiile cutanate și oculare, iar boala ia un mers subacut.

Complicațiile cutanate în leucemia mieloidă, pot fi: banale (purpură, furunculoză, urticarie, exeme) și tumorale (leucemide). În acestea din urmă, s'ar putea încadra și cele din cazul nostru. Leucemidele se întâlnesc mai ales în leucemia limfoidă. Sunt citate însă și cazuri de leucemie mieloidă în care s'a observat astfel de tumorete (P. S. Weil, Lutz, Lepire, Nikan), mai ales cazuri cu o evoluție acută. Unii autori au atribuit acestor tumorete ale dermului un rol important în procesele leucemice. Astfel *Parturier* crede că sub influența unor anumite cauze, proprietatea hematopoetică a dermului, existentă în faza embrionară, s'ar putea redescoperi. Nanta de asemenea crede că pielea ar putea reprezenta punctul de plecare al unei leucemii.

În ceea ce privește complicațiile oculare, sunt cunoscute retinitele leucemice, destul de frecvente. În cazul nostru este vorba de un ipopion consecutiv unei iridociclite. Prezența mieloblaștilor în acest lichid este datorită proprietății leucemicilor de a prezenta în exudate (pleurezii etc.), elementul sangvin dominant.

În fixarea diagnosticului, am ținut seamă în primul rând de *eritemul nodes* cu care tumoretele cutanate din cazul nostru aveau oarecare asemănări; însă evoluția mai scurtă, culoarea mai mult roșie-violacee și prezența mieloblaștilor în secreția extrasă, au exclus acest diagnostic. De asemenea, pentru încadrarea cazului în patologia sanguină, am ținut seamă și de tumorile maligne ale aparatului sanguin: Astfel ar mai putea veni în discuție *leucosarcomatoza* descrisă de *Sternberg* la indivizii tineri, — în care o tumoră principală dă metastaze neoplazice, apărând concomitent cu un sânge leucemoid; de asemenea *cloromul*, *cloroleucemia* și *cloromul secundar*, care apar întâiu la nivelul oaselor gambei și se apropie prin agresivitatea lor de tumorile maligne. În cazul nostru însă, prin faptul că aceste complicațiuni cutanate au survenit în cursul unei leucemii mieloid precizate anterior, orice dificultate de diagnostic este înlăturată.

Cu privire la evoluția boalei, putem fi îndreptățiți să credem că odată cu apariția acestor complicațiuni cutanate și oculare, ea a luat un mers subacut. Acest lucru reiese atât din aspectul clinic și examenul sanguin, cât și din prezența mieloblaștilor în mod exclusiv în tumorete și în lichidul din ochi.

Prof. Dr. M. Hângănuș și Dr. E. Morariu: Considerațiuni asupra oportunității eliminării focarelor în reumatismele focal-toxice.

Reumatismul cronic primar, cunoscut și sub numele de reumatism-focal-toxic, are la bază întotdeauna un focar infecțios. Localizarea focarului este în majoritatea cazurilor la nivelul extremității cefalice interesând dinții — granulome și pioree alveolare — amigdalele, sinusurile anexe foselor nazale, urechia mijlocie; mai rar localizarea poate să fie în alte organe ale corpului.

*Un nou tratament a
hipertensiunii cu*

Dorital
(asociație cu fel. tauri)

In

Hipertensiune esențială, arteriosclerotică și climacterică.

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageuri. După remarcarea unei
scoborâri evidențiale, de 3—2 ori pe zi 1 drageu.

Compoziție:

Bilă de bœu depurată	0,15
Oxisulfonal	0,015
Metilbromat de atropină	0,00025
Monoformiat de calciu	0,11

Flacoane cu 30, 60 și 300 drageuri.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREL, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

In Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN SIROP

Valeriană
Barbiturice
Analgezină
Calciumbromat

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe

Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Vitamina B₁

VIBE Dr. VANDER

Vitamină B₁ cristalizată pură

Vibe forte fiole à 25 mgr.

Vibe fiole à 2 mgr.

Vibe tablete à 1 mgr.

SIROCALCIN „SAPIC“ SIROCALCIN CU EFEDRINA

Sirop pe bază de: Sulfogaiacolat de Potasiu
Lactofosfat de Calciu

Expectorant

Desinfectant pulmonar

Reconstituant

Gust agreabil

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

În cadrul tratamentului acestei forme de reumatism, trebuie căutat mai întâi eliminarea focarului — tratamentul său radical — și numai ulterior să se procedeze la terapia propriu zisă a îmbolnăvirii reumatice. Eliminarea focarelor — susceptibile unei intervenții operatorii — va fi procedată de examenul vitezei de sedimentare a hematiilor, de examenul urinei relativ la prezența de hematii și de controlul temperaturii bolnavului. Înainte de intervenție bolnavul va fi pregătit prin administrarea de calciu, vitamina C, Piramidon, Omnadin sau Neomnin. Neglijarea aplicării acestor măsuri înainte de operație poate să ducă, în foarte multe cazuri, la bacteriemii cu accentuarea fenomenelor în articulațiile interesate sau la apariția de manifestări reumatice în articulații sănătoase. Pentru a ilustra mai bine rolul ce trebuie atribuit examinărilor și pregătirii preoperatorii a bolnavului dăm în rezumat două cazuri, pe care le-am avut în observațiunea noastră.

Primul caz, o studentă în etate de 26 ani, face determinări articulare în legătură cu o gripă. După câteva zile de tratament medicamentos rămâne doar cu ușoară sensibilitate în genunchile stâng. Fiind examinați dinții, se constată granulome multiple. Se elimină un dinte cu granulom; la 1/2 oră dela extracție frisson, urmat de febră și determinări poli-articulare, care necesită tratament de câteva săptămâni. După cedarea febrei și a fenomenelor articulare i se extrag trei dinți cu granulome. Operațiunea este urmată din nou de febră, de dureri și tumefacții în cotul și umărul stâng. După câteva zile cedează durerile și tumefacțiile dela cot, rămânând interesat, pentru multe săptămâni, umărul stâng. Tratamentul a fost nevoie să fie continuat timp de mai multe săptămâni până la vindecarea completă și părăsirea Clinice.

Al doilea caz, un bolnav care internează în Clinică pentru ușoare dureri și tumefieri ale articulațiilor tibio-tarsiene. La două zile dela intrare amigdalectomie. A două zi febră cu accentuarea durerilor și tumefacțiilor dela nivelul picioarelor și apariția de tumefieri dureroase în articulația radio-carpiană dreaptă. La câteva zile cedează manifestările dela picioare și dela mână, apărând manifestări reumatice la articulația radio-carpiană stângă. Se face tratament medicamentos după care cedează toate fenomenele. Se extrage un dinte cu granulom. Operațiunea este urmată de subfebrilitate, cu reparația durerilor și tumefacțiilor dela nivelul picioarelor și dela mâna stângă, dar mai puțin accentuate ca după amigdalectomie.

În amândouă cazurile eliminarea focarelor s'a făcut fără o pregătire preoperatorie a bolnavilor. Operațiunile au fost urmate de bacteriemii, cu accentuarea fenomenelor reumatice din articulațiile interesate și apariția de astfel de manifestări articulare în articulații care fuseseră indemne până operație.

D-l Profesor Goia este de părere să se fixeze o ședință specială în care să se discute problema focarelor de infecție, pentru a se adopta un punct de vedere și o terminologie unice, căci nu e bine ca în aceeași facultate aceeași problemă să fie diferit concepută în fiecare clinică în parte. Pentru acest punct de vedere unitar e nevoie de concluziile observațiilor personale, fiindcă datele literaturii variază enorm dela autor la autor, încât nu se poate pune temei pe ele. În ce privește diagnosticul focarelor de infecție acesta este uneori foarte dificil, căci de foarte multe ori focare microscopice scapă examenului clinic și uneori un foarte conștiincios examen anatomic-patologic le poate pune în evidență. E vorba bine înțelese de cele mai dese focare, reprezentate prin localizări amigdalene. Sub acest aspect focarele dentare reprezentate prin granulome beneficiază de o bună posibilitate de diagnostic. Pioreia alveolară însă prezintă aceeași dificultate de interpretare ca și focarele amigdalene într-un cât este greu de precizat când se întrerupe comunicarea cu exteriorul a focarului paradentozic. În tot cazul un lucru trebuie reținut: ori care ar fi exagerarea produsă în această „modă” a focarelor de infecție un lucru rămâne cert că această concepție a modificat radical aspectul

diagnosticului clinic, multiplicitatea și variațiunea afecțiunilor produse prin infecție de focar, obligându-ne să le luăm în considerare pe primul plan. În această privință Clinica Medicală II dispune de un material foarte bogat și bine studiat care în curând va fi dat la iveală.

Ședința din 28 Ianuarie 1944.

Prezidează PROF. Dr. M. STURZA, președinte.

Dr. Berariu C, Dr. Faur Gh, Dr. Ioanoviciu Gh. **Un caz de hernie diafragmatică dreaptă cu semne clinice de fistulă stercorală toracică.**

Se descrie un caz de hernie diafragmatică dreaptă cu semne clinice de fistulă stercorală toracică la o femeie de 27 ani.

În antecedente nu a suferit de nicio afecțiune pulmonară.

La prezentare se pune diagnosticul clinic și radiologic de pneumonie dreaptă și pleurez'e parapneumonică survenită în plină sănătate.

Lichidul pleural obținut la primele două punctii este sero-fibrinos și hemoragic.

A 7-a zi dela internare, după o tuse chinuitoare de mai multe ore, bolnava expectorează o spută muco-purulentă abundentă cu miros fecaloid conținând fragmente mici cu caractere macroscopice și microscopice de materii fecale (fibre vegetale, fibre musculare digerate și amidon).

La examenul radiologic se constată prezența unei anse intestinale herniate în hemitoracele drept. Puncția pleurală evidențiază un lichid purulent putrid. După 4 zile dispare fetiditatea sputei și imaginea radiologică de hernie.

Între ansa herniată și prezența materiilor fecale în spută este o legătură indiscutabilă, confirmată și prin ingerare de albastru de metilen și expectorația lui după 6—8 ore prin spută. Diagnosticul clinic de hernie diafragmatică dreaptă complicată cu fistulă stercorală toracică se impune.

Anatomic-patologic s'au putut evidenția: hiatalul diafragmatic, abcese pulmonare multiple, dar nu s'a găsit nicio urmă de fistulă bronșică și nici fistulă sau cicatrice intestinală. Mecanismul producerii fistulei bronho-intestinale se poate explica fie prin perforarea cu acul a ansei intestinale herniate și infectarea lichidului pleural, fie prin crearea unei fistule bronho-intestinale spontane, de dimensiuni reduse apoi reducerea herniei și cicatrizarea perfectă a orificiilor bronho-intestinale.

D-l Prof. Dr. Vasiliu arată că examinând pe masa de autopsie cazul prezentat nu a găsit urmă de fistulă și nici fistulă sau cicatrice intestinală. Deși înălțuirea simptomelor clinice nu poate fi discutată D-sa nu admite existența unei fistule. Foarte probabil că materiile fecale au regurgitat din tubul digestiv în căile respiratorii și astfel s'ar explica expectorația cu miros fecaloid.

D-l Conf. Dr. A. Moga: S'a recunoscut că simptomele clinice pledează de fapt pentru o comunicare între intestin și bronșii, de asemenea și proba făcută cu albastru de metilen. Deoarece la examenul macroscopic al intestinului nu s'au găsit semnele unei perforații, se pune întrebarea dacă nu a fost o perforație greu vizibilă ochiului liber, așa cum există perforații „invizibile” la nivelul vezicii biliare. Acestea din urmă au putut fi descoperite printr'un examen histologic minuțios. Asemenea examinări însă, având în vedere lungimea intestinului în acest caz sunt imposibile.

Dr. Mircea Popluca și extern Drd. Getta Dan: **Considerațiuni asupra unui caz cu stricturi uretrale impermeabile, necesitând un drenaj combinat peritoneal și vezical.**

Iată observațiunea clinică a cazului de față: este vorba de bolnavul B. S. în vârstă de 34 ani căsătorit, de profesiune magazioner; de naționalitate română și religie ortodoxă, cu domiciliul în Făgăraș.

In antecedentele heredo-colaterale nimic de semnalat.

In antecedentele personale: găsim că bolnavul a suferit de o infecțiune blenoragică la vârsta de 21 ani, afecțiune pe care a tratat-o singur. Este alcoolic moderat și nu uzează de tutun.

Istoricul boalei actuale: aceasta datează aproximativ de 2 ani când a debutat în mod insidios prin turburări urinare.

Bolnavul a observat că micțiunile au devenit mai frecvente, imperioase și destul de dificile, încât trebuia să se forțeze foarte mult cu ocazia fiecărui act de micțiune; jetul de urină avea un calibru foarte mult subțiat în formă de lamă de sabie, iar forța de proiecțiune așa de mult redusă, încât deseori își uda pantofii. Uneori micțiunile erau cu întrerupere și însoțite de adevărate tensiune vezicale.

Pe acea vreme bolnavul fiind cu serviciul la București, consultă Spitalul de Urgență, unde este internat și operat, făcându-i-se o cistostomie de derivație a urinelor. După 3 luni de internare este transportat la Spitalul Colțea, unde a fost supus unei intervenții chirurgicale, făcându-i-se o uretrotomie externă.

După două luni părăsește spitalul Colțea, mutându-se cu serviciul la Făgăraș.

După aceste operațiuni bolnavul a putut să urineze ceva mai ușor, însă în treimea inferioară a cicatricii hipogastrice prezenta din timp în timp câte un proces infiltrativ supurativ cu eliminări ușoare și intermitente de urină la acest nivel; proces care prin repaus și comprese reci locale cu Burow dispărea pentru un timp oarecare, pentru ca să reapară din nou.

În ultimul timp, aproximativ de 6 luni, bolnavul se simte din nou rău: micțiunile au devenit iarăși foarte frecvente și imperioase și în același timp extrem de dificile, mai ales în ultima lună, de când bolnavul observă că nu poate să urineze decât în picături, trebuind să se forțeze foarte mult la ficare act de micțiune. Urina în acest interval de timp n'a mai fost eliminată pe cale hipogastrică. Bolnavul consultă un medic particular care încearcă zadarnic să-l sondeze și după această tentativă de tratament bolnavul devine febril, astenic și adinamic, simțind o durere vie cu o tumefiere în regiunea perineală. Pofta de mâncare dispărută; scaunul constipat și micțiunile extrem de dificile și dureroase.

Cu două zile înainte de internare, din nebagare de seamă, pe întuneric bolnavul se lovește de colțul mesei tocmai la nivelul cicatricii hipogastrice. Acest accident îi alterează și mai mult starea generală și locală și astfel bolnavul în stare extrem de gravă cu simptome septice peritoneale este adus pe targă la consultațiile clinice noastre.

La examenul general al bolnavului constatăm următoarele: bolnavul este afebril, pulsul 140, cu respirație ușor dispneică, tensiunea arterială $11\frac{1}{2}$ — $6\frac{1}{2}$ (V. L.).

Sistemul muscular și adipos mult scăzut; sistemul osos intact și extremitățile libere. În rest la aparatul respirator și circulator nimic deosebit de semnalat. Ficatul nu este mărit și splina nu este palpabilă.

La examenul local: lojele renale libere; prostata și veziculele seminale normale, iar uretra impermeabilă pentru orice bugiu filiform.

În regiunea hipogastrică bolnavul prezintă o cicatrice post cistostomie și în treimea inferioară a ei un proces infiltrativ supurativ acoperit cu o crustă, iar în ambele fose iliace prezintă ca și în regiunea hipogastrică o sensibilitate accentuată, cu o ușoară defensă musculară, la care se mai adaugă și un sughiț neplăcut cu caracter intermitent. Regiunea suprapubiană ușor bombată.

În regiunea perineală se observă o cicatrice longitudinală mediană posturetrotomie externă cu o tumefacție perineo-scrotală accentuată și foarte sensibilă la cea mai mică atingere. *Leucocitoza:* 10.200, iar *azotemia* 0,30 gr. la mie.

În fața acestui tablou ne decidem pentru o intervenție chirurgicală pe care o și executăm imediat utilizând anestezia gene-

rală cu Protoxid de azot și ajutat de Dș. externă G. Gan, am intenționat să fac o derivație suprapubiană a urinelor printr-o nouă cistostomie.

După pregătirea câmpului operator detașând crusta dela nivelul cicatricii hipogastrice, am observat întâi prin explorarea cu o sondă canelată și pe urmă cu degetul, că ne găsim în fața unui orificiu, ce comunică cu cavitatea peritoneală, iar vezica urinară părea intactă. Fapt ce l-am explicat imediat prin prezența unui flegmon prevezical ce a determinat o reacție locală peritoneală, accentuată în urma accidentului suferit pe întuneric de bolnavul nostru cu 2 zile înainte și care a explicat și prezența simptomelor peritoneale manifestate de bolnav. În acest caz ne-am decis pentru un drenaj al cavității peritoneale. Cum însă scopul intervenției noastre chirurgicale era deschiderea vezicii urinare, după izolarea prealabilă și perfectă a acestei fistule hipogastrice am procedat la o cistostomie.

În general operațiunile de cistostomie noi le facem în aproximativ un sfert de oră; în cazul nostru însă având pe de o parte prezentă această fistulă hipogastrică ce comunica cu peritoneul, iar pe de altă parte un spațiu operator mult redus de numai aproximativ 1 cm. până la simfiza pubiană, plus că avem de a face cu un țesut cicatricial scleros după o prealabilă cistostomie executată la acest nivel, deci cu o lipsă de orientare totală a planurilor musculo-aponevrotice această operațiune a avut o durată de aproximativ o oră și jumătate reușind astfel să deschidem vezica mai mult în spațiul lui Retzius. S'a scurs o urină tulbure care examinată a dat următorul rezultat: urina galbenă murdară, tulbure cu flocoane; reacția acidă; densitatea 1022; albumină în urme și puroiul pozitiv, iar zahărul negativ. *In sedimentul urinar:* foarte multe leucocite, rare hematii și celule epiteliale descumative de tip vezical; rare săruri uractice.

Având în vedere că grenașul vezical trebuia aplicat la numai câțiva milimetri de cel peritoneal, am căutat să introducem (după o prealabilă explorare digitală a vezicii urinare) numai o singură sondă Pezzer și nu două cum facem în mod obișnuit (pentru o derivație cât mai perfectă a urinelor), pentru a evita astfel o infiltrațiune de urină în jurul sondelor care ar fi fost amenințătoare pentru succesul drenajului peritoneal și în acest scop am căutat să închidem prin fire de catgut separate cât mai etans orificiul vezical în jurul Pezzerului (lucru care ne-a și reușit fiind salutar pentru bolnav).

Pe urmă cu un tub de cauciuc am drenat cavitatea lui Retzius și apoi extirpând fistula hipogastrică am drenat cavitatea peritoneală cu o meșă aproximativ de 30 cm. lungime în Douglas. În rest fixând buzele inciziei vezicale prin fire de catgut la planurile musculo-oponevrotice abdominale, am închis plaga operatorie. În regiunea perineală făcând incizii cu contraincizii am lăsat să se scurgă o cantitate de aproximativ 300 cmc puroi cu un miros fetid de varză strică și pe urmă am drenat cu meșe de tifon. Pansament.

Mersul postoperator: în primele 3 zile după operație am administrat bolnavului nostru ca tratament general următoarele: sulfamido-terapie luând per os câte 6 gr. în 24 ore, tot la 4 ore câte 2 comprimate și 2 fiole Eubasinum intramuscular pe zi. În același timp am susținut cordul prin mijloacele obișnuite, administrând cardiotonice tot la 3 ore, precum și ser glucozat 20% câte 40 cmc + 2 fiole Eufilină și plus 20 cmc ser clorurat hipertonic pe zi; la fel facem și o seroterapie antiperitonitică în acest interval de timp. Bolnavul este supus la un regim hidric și tinctură de opiu pentru constipație. Ca tratament local: bolnavul fiind permanent cu pungă de gheață în timpul primelor 3 zile, facem câte un pansament uscat zilnic; la 48 ore dela operațiune scoatem drenajul din cavitatea lui Retzius. Plaga operatorie se menține curată, fără a se produce nici cea mai mică infiltrațiune de urină pe lângă sonda Pezzer, aceasta funcționând tot timpul foarte bine.

A patra zi dela operațiune scoatem meșa de dren din cavitatea peritoneală și o înlocuim cu o altă meșă, a cărei vârf îl introducem între buzele orificiului abdominal și pe care după 24 ore o scoatem definitiv, pentru a continua mai departe cu pansamente superficiale uscate. Zilnic cu mare precauțiune facem lavagii vezicale prin sonda Pezzer cu soluție de collargol 1 pe 4000 și astfel reușim să menținem plaga operatorie curată. Firele de sutură ale pielii au fost scoase în ziua 7-a postoperatorie când deja și cavitatea abdominală era închisă printr'un țesut de granulațiune, continuând pansamentele cu balsam peruvian. În ziua 9-a postoperatorie am administrat bolnavului o climă cu glicerină, în urma căreia a avut un scaun abundent și tot atunci am schimbat și sonda Pezzer, continuând zilnic lavagiile vezicale prin această sondă.

Perineal zilnic făceam pansamente profunde cu meșe de tifon iar în ziua 9-a postoperatorie plaga perineală fiind curată se continuă zilnic cu pansamente superficiale, făcând uz de balsam peruvian, pentru accelerarea procesului de granulațiune.

In urma acestui tratament starea generală s'a ameliorat foarte mult, sughițul dispărând după 48 ore dela operațiune și pulsul scăzând dela 140—98, iar temperatura a 2-a zi dela operațiune cu o ușoară tendință de ascensiune până la 37,5 pentru ca după alte 2 zile să devină complet afebril și cu pulsul normal și bine bătut; apetitul începe să revie și bolnavul este bine dispus cu faciesul normal. Leucocitoza normală. La fel starea locală s'a îmbunătățit foarte mult; deja a 3-a zi postoperatorie bolnavul nu mai prezenta sensibilitate și defensă musculară în fosele iliace.

In prezent bolnavul se găsește în clinică prezentându-se foarte bine atât ca stare generală, cât și locală: plaga hipogastrică în jurul Pezzerului, cât și cea perineală aproape cicatrizate.

In ceea ce privește conduita noastră terapeutică pe viitor ne vom conforma astfel: întâi vom încerca dilatarea uretrei prin bugiuri și dacă aceasta nu va fi posibil, vom recurge la sondajul retrograd în continuare direct sau după o prealabilă uretrotomie externă, cum se face în mod obișnuit în astfel de cazuri.

Am crezut interesant din punct de vedere practic relatarea cazului nostru, prin dificultatea întâmpinată în cursul intervențiunii chirurgicale, cât și prin conduita terapeutică chirurgicală și postoperatorie pe care am aplicat-o în astfel de cazuri ce survin destul de rar în chirurgia de pace.

În același timp rămânem complet satisfăcuți de rezultatul la care am ajuns în urma muncii și străduinții noastre depuse.

Dr. Mircea Popluca și Dr. Dionisie Togănel: Asupra unui caz de rinichi supranumerar recent diagnosticat.

Forma de anomalie reno-ureterală cu care se confundă mai frecvent rinichiul supranumerar este rinichiul dublu, adică rinichiul cu 2 uretere sau cu un singur ureter însă bifid și cu o singură masă parenchimatoasă renală care survine destul de frecvent.

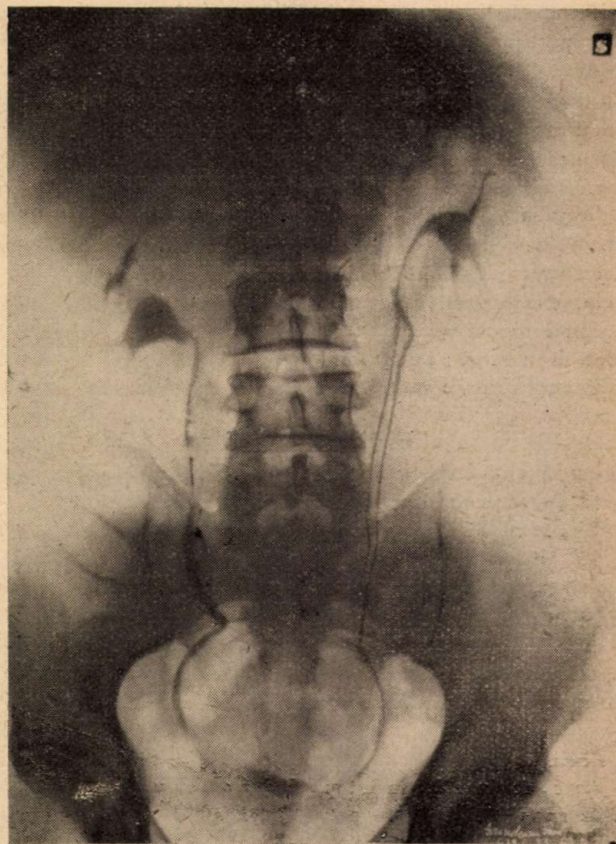
Rinichiul supranumerar sau suplimentar, când avem existența a 2 rinichi de aceeași parte — fiecare organ cu ureterul și pediculul său vascular și cu o masă parenchimatoasă renală complet izolată precum și cu o funcțiune separată (Papin), constituie o anomalie ce se întâlnește cu mult mai rar.

Și cum un asemenea caz s'a prezentat recent la consultațiile clinice noastre, credem interesantă și utilă descrierea lui din punct de vedere practic.

Iată pe scurt observațiunea clinică a cazului nostru: bolnavul I. G. în etate de 42 ani, căsătorit; de profesiune funcționar particular; de naționalitate și religie român ortodox, cu domiciliul la Turda.

In antecedentele heredo-colaterale nimic de semnalat; iar în cele personale găsim că bolnavul a suferit de o blenoragie cu 11 ani înainte și pentru care a urmat un tratament la un medic particular.

Istoricul boalei actuale: aceasta datează aproximativ de un an și a deputat în mod insidios, prin dureri localizate în lombe cu caracter continuu, fiind mai accentuate cu ocazia eforturilor fizice mai ales în flancul drept. Bolnavul consultă un medic particular care îi pune diagnosticul de apendicită, afecțiune pentru care se supune unei intervențiuni chirurgicale. Însă după vinde-



carei plăgii operatorii, durerile din lombe și mai ales din flancul drept continuă să persiste cu aceeași intensitate, prezentând și iradiațiuni în spre organele genitale externe. În același timp bolnavul observă că a slăbit foarte mult în forțele sale fizice; apetitul era dispărut, iar uneori prezenta și senzații de grețuri. Scaunul era neregulat, constipat. Micțiunile era mai rare și oligurice, uneori însoțite de o senzație de usturime pe canal. Prezentându-se la Spitalul Public din Turda, i se face bolnavului o pielografie intravenoasă, prin care i se pune diagnosticul de ptroză renală dreaptă, afecțiune pentru care i se recomandă internarea în serviciul clinice noastre.

Astfel bolnavul se prezintă la consultațiunile noastre în ziua de 9 Noembrie 1943. — *La examenul general* nimic de semnalat; tensiunea arterială 15—7 și jumătate (V. L.); azotemia 0,50 gr. % R. W. negativă, iar în urină nimic deosebit.

La examenul local constatăm o sensibilitate a tuturor punctelor reno-ureterale din partea dreaptă și a punctului costo-lombar stâng (Pasteau).

Iar la examenul cromo-cistosopic Nr. 868, din 9-XI 1943, se constată în stânga existența a două orificii ureterale situate pe piica interureterală la o distanță de aproximativ 1,5 cm., cu eliminare intermitentă și bună de colorant și în dreapta un singur orificiu ureteral cu eliminare de colorant în timp normal, însă cu forță de proiecțiune ușor redusă.

În fața acestui tablou ne decidem pentru o pielografie ascendentă cu bronură de sodiu 30% combinată cu Hg. oxicianat 1%, mai ales că pielografia intravenoasă făcută la Turda, nu ne

dădea nici o indicațiune asupra existenței unei anomalii reno-ureterale în partea stângă.

Cu destulă dificultate — dând cistoscopului diferite poziții — am reușit să introducem — în două reprize — prin fiecare orificiu ureteral câte o sondă ureterală și după injecția substanței de contrast în cantitate de 2—3 cmc. în stânga și 6 cmc. în dreapta, să obținem pe film în dreapta imaginea unei ptoze renale de gradul II cu o hidronefroză incipientă, iar în stânga imaginea unui rinichi supranumerar.

Această ultimă examinare — deși mult mai neplăcută pentru bolnav decât pielografia intravenoasă — ce este mult mai costisitoare și mult mai puțin clară — a fost decisivă, punându-ne în fața diagnosticului de rinichi supranumerar stâng, coasociată unei ptoze renale drepte cu o hidronefroză incipientă (cum se vede din radiografia prezentă). Față de acest diagnostic, am recomandat bolnavului o intervenție chirurgicală, pe care însă bolnavul o acceptă numai după sfintele sărbători ale Crăciunului.

În general aceste anomalii reno-ureterale, în trecut constituiau simple descoperiri în cursul autopsiilor sau cu ocazia intervențiilor chirurgicale; astăzi însă prin mijloacele perfecționate de explorare urologică de care dispunem sunt mult mai ușor de diagnosticat.

O serie de autori ca Winslow, Morgagni, Chopart, Sapey și alții le-au descris din punct de vedere anatomo-patologic și aceste descrieri sunt demne de a fi reținute și în zilele noastre.

Thielmann și Blumental au publicat la Saint-Petersburg în anul 1838 un caz de rinichi supranumerar: un alt caz publicat la 1841 de Myrtl. În anul 1913 Suter publică 5 cazuri, iar în 1930 Boris Parine publică întâi în limba rusă apoi în cea germană 25 cazuri. Kerth, Gruber și Bing publică două cazuri. În anul 1932 Papin, Bernasconi și Bernard publică 27 cazuri; iar 1936 Prof. Luigi Caporale dela Torino publică 19 cazuri. E adevărat că multe din aceste cazuri au fost alte forme de anomalii reno-ureterale, decât rinichi supranumerar.

La clinica noastră în ultimii 5 ani au survenit 6 cazuri cu astfel de anomalii, din care patru diagnosticate prin pielografie ascendentă și 2 prin cea intravenoasă. În 3 cazuri s'a reușit introducerea în același timp a trei sonde ureterale vizibile pe același film și anume la 2 femei și un bărbat cazul de față expus mai sus. Din aceste 6 cazuri patru au prezentat rinichi supranumerar.

În ceea ce privește frecvența anomaliei în legătură cu sexul, din cele mai multe statistici necropsice (Roberts, Gerard, Engel, Rissel, etc.) reiese că sexul masculin ar fi mai des atins; iar din majoritatea statisticilor bazate pe un material clinic (Schmide, Burghleia, Brasch și alții) ar rezulta tocmai contrariul. În cazurile noastre avem 4 bărbați și 2 femei. Partea stângă este mai frecvent atinsă decât cea dreaptă și asupra acestui punct statisticile sunt de acord. La fel și în cazurile noastre găsim 3 anomalii în stânga, 2 bilaterale și un singur caz în dreapta. Aceste anomalii reno-ureterale adeseori sunt însoțite de anomalii ale scheletului și în special ale coloanei vertebrale, precum și de anomalii ale aparatului genital. La cazurile noastre găsim unul cu o scolioză accentuată și altul cu o hipospadiază.

Ca situațiune rinichiul supranumerar de obicei este situat subiacent celui alt rinichi, fie în loja renală respectivă sau la nivelul crestei iliace sau în fosa iliacă pe artera iliacă sau mușchiul psoas; alteori este median sau aproape median înaintea coloanei vertebrale la nivelul ombilicului sau înaintea bifurcațiunii aortei sau în fine la nivelul promontoriului.

Ca formă mai frecvent este lobulat.

Ca volum este variabil, mai adeseori fiind mai mic ca cel normal.

În ceea ce privește dispoziția ureterelor și a orificiilor lor: traectul ureterelor poate să fie în aceeași teacă, dar mai des în teci separate. Aici amintim Legea lui Weigert-Mayer care spune

că aceste uretere la un nivel variabil pe traectul lor se încrucișează aproape întotdeauna, iar în vezică se deschid de o manieră aproape constantă în felul următor: ureterul rinichiului superior debușează dedesubtul celui inferior, a cărui orificiu vezical este situat mai lateral și deci extern. Această regulă de și uneori inconstantă (Boekel, Frank, Pulmann), este de o utilitate importantă în multe cazuri pentru orientarea diagnosticului.

Uneori însă aceste orificii ureterale pot fi găsite chiar în afara vezicii urinare, astfel în uretră sau utricula prostatică (Alessandrini, Davis, Barth, Verliac) sau în veziculele seminale și canalele ejaculatorie (Caporale), iar la femeie la nivelul vaginului (Israel, Kern și Sachs), sau în vulvă aproape de clitoris (Caporale și Carmina).

În aceste cazuri fără o examinare minuțioasă putem ajunge foarte ușor la interpretări greșite cu diagnostici false cum ar fi enureza sau incontinența urinară. Căci în realitate avem de a face cu o incontinență ureterală congenitală: denumire ce aparține lui Alessandrini) și care este caracterizată prin 2 fapte clinice contradictorii: 1. pierderi involutare de urină și 2. funcțiune normală a vezicii urinare. Deseori acestei anomalii se asociază o serie de afecțiuni ca baciloza, litiaza și ptoza renală, hidronefroză, nephralgia și altele.

În cazul nostru avem ptoză cu hidronefroză coasociate. Vascularizațiunea rinichiului supranumerar este caracterizată prin inserția joasă a vaselor renale, pe marile vase abdominale, datorită poziției sale mai joase.

Dacă embriologia normală a rinichiului este perfect cunoscută, cea patologică este mai puțin cunoscută (descrieri ale lui Voelcher, Joung și Papin), încât mecanismul intim al acestei malformațiuni ne scapă de cele mai adeseori.

În general în patologia rinichiului supranumerar deosebim 3 categorii de cazuri: 1. acest rinichi poate fi sănătos, dar să prezinte totuși fenomene dureroase de aceeași parte sau de partea opusă, datorită poziției sale anormale sau poate să-și trădeze existența sa cu ocazia traumatismelor sau să constituie o simplă descoperire în cursul examinărilor urologice, a intervențiilor chirurgicale sau a necropsiilor; 2. acest rinichi poate fi atins de o leziune oarecare și 3. poate să coexiste cu o malformațiune supradăugată ce dă simptome particulare (ex. incontinență parțială de urină).

Diagnosticul clinic al acestei anomalii reno-uterale este absolut imposibil (după cum am văzut și în cazul nostru, fără ajutorul mijloacelor perfecționate, de explorare endoscopică urologică de care dispunem astăzi. Astfel avem ex. cistoscopic simplu, chromocistoscopic, cateterismul ureterelor cu recoltare de urină separată și pietogrfia ascendentă, ca cea mai importantă și mai puțin cea intravenoasă ce adeseori ne furnizează numai date imprecise și false.

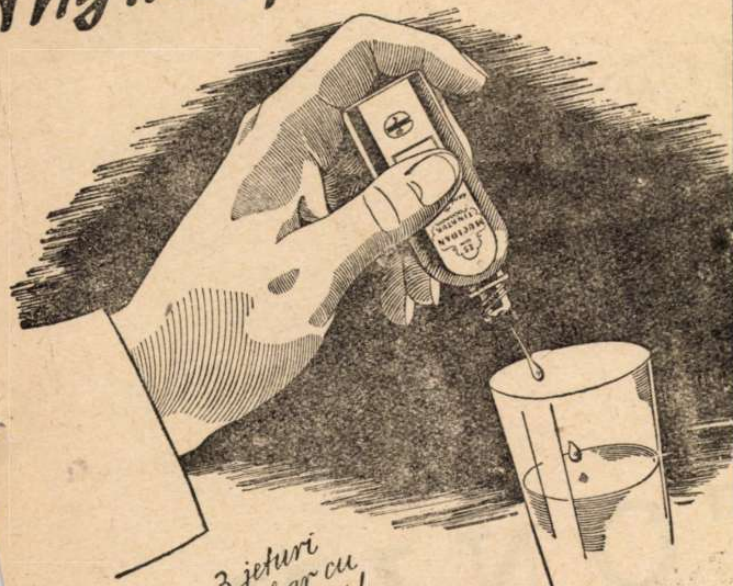
În rezumat toate aceste explorări, însoțite de un studiu anamnestico detaliat, de examen local minuțios și interpretate cu un simț clinic just, ne ajută la punerea unui diagnostic precis și care ne permite de fiecare dată, să luăm măsurile terapeutice absolut necesare și adecuate, cu rezultate satisfăcătoare.

Conduita noastră terapeutică în cazul de față va consta din o intervenție chirurgicală asupra rinichiului ptozat în partea dreaptă făcând o enervațiune a pedicolului renal cu o nephropexie; iar dacă rezultatul va fi negativ vom interveni ulterior și în partea stângă, unde după caz vom executa eventual chiar o nefrectomie, asigurându-ne în prealabil de o funcțiune integrală din partea rinichiului opus.

Prin această comunicare am căutat să scoatem în evidență importanța examenului urologic endoscopic (în speță pielografia ascendentă), precum și tehnica întrebuițată, în punerea diagnosticului de rinichi supranumerar, rămânând ca o ultimă confirmare explorarea chirurgicală.

ARDEALUL MEDICAL

Angina, faringita



2-3 jeturi
la $\frac{1}{2}$ pahar cu
apă caldută!

TINCTURA MUCIDAN este unicul mijloc pentru gargarisme care, conținând Rhodanul, desprinde și dizolvă mucozitățile purulente, asigurând astfel cale liberă acțiunii antiseptice ale aldehidei formice (prezentă într-o formă neiritantă, patentată), prin barajul de protecție a căilor superioare de respirație infectate.

Ambalaje originale:

Flacon cu 10 cme

Flacon cu 25 cme

»Rhenania«

SECȚIA FARMACEUTICĂ A KALI-CHEMIE S.A., BERLIN
DEP. PHARMAC S. A. BRAȘOV



Tinctura-MUCIDAN

» mijlocul pentru gargarisme cu acțiune „neiritantă” «

Somniferul
cu efect sigur

chiar și în doze mici
($\frac{1}{2}$ tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București





EPHETONIN

Simpaticotonicul încercat

în tratamentul stărilor alergice, ca

**astm bronșic, febră de fân,
urticarie, exantem seric etc.**

Perle à 0,01 gr., tablete à 0,05 gr.,

fiole à 0,05 gr. (1 cmc.), pomadă de 3%

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT

Reprezentanța Chimiroman, București I, Str. T. G. Masaryk 32

Profesor Buzoianu, Russu, Iubu: Diplegie laringeană funcțională datând de trei luni la un soldat.

Diplegie laringeană funcțională înseamnă paralizie a ambelor corzi vocale de origine funcțională. Se știe că diplegiile laringeene pot fi organice sau funcționale. Cele organice sunt rar întâlnite, deoarece ele sunt produse de afecțiuni grave în perioada lor ultimă de evoluție (cancer esofagian, cancer tiroidean, anevrisme voluminoase ale cârjei aortice). O diplegie organică întâlnită mai puțin rar este sindromul lui Gerhart sau paralizia dilatatorilor glotei. Dar aceasta este o diplegie incompletă, în sensul că sunt paralizate numai fibrele motorii recurențiale, care merg la mușchii dilatatori ai glotei. În orice caz în regulă generală diplegiile laringeene de origine organică bine stabilite sunt rar văzute în clinică. În adevăr, ceea ce domină tabloul clinic la astfel de bolnavi este afecțiunea lor cauzală care constituie boala principală, boala laringeană trecând pe un plan secundar în stadiul ultim evolutiv al afecțiunii principale, adesea mortală.

Diplegiile funcționale sunt și ele relativ rare. Acestea nu au o cauză organică provocatoare. Diplegiile laringeene funcționale sunt datorite intreruperii influxului nervos care comandă motricitatea corzilor vocale. Iar această intrerupere completă ori incompletă poate fi datorită unui șoc psihic ca în cazul histeriei, sau unei inhibiții voluntare ca în cazul simulărilor. Prin urmare diplegia laringeană funcțională are sau o origine nevrotică histerică, sau o origine voluntară nemărturisită, deci simulată. Și într'un caz și în altul expresiunea simptomatică locală este aceeași.

Subiectiv bolnavii cu diplegie laringeană funcțională au afonie.

Obiectiv la examenul laringoscopic constatăm diplegia totală și parțială.

Semnul subiectiv: afonia. Afonia diplegiilor funcționale este totală. Bolnavii nu pot vorbi cu voce tare. Ei vorbesc însă pe șoptite. Prin urmare nu este vorba de mutism. Este vorba numai de o voce șoptită. De asemeni nu este vorba nici de disfonie sau răgușeală. Bolnavii nu pot emite pur și simplu un sunet cu glas tare. Ori de câte ori îi întrebăm ceva, ei răspund însă șoptind. Dacă-i solicităm să vorbească cu glas tare, ne răspund tot pe șoptite, că nu pot. În regulă generală, ori de câte ori întâlnim această voce șoptită, să ne gândim, mai ales când este o persoană tânără în cauză, la o afonie isterică. În Cluj am avut de tratat în clinica noastră de acolo mai multe cazuri de afonii histerice la fete de școală cari pierdeau glasul pentru că se întâmpla să capete o notă mică, sau pentru că fuseseră unele din ele prea aspru muștrate la școală.

De aceea în afoniile pe cari le întâlnim circumstanțele cauzale cari pot declanșa un șoc psihic au importanța a fi cunoscute pentru orientarea diagnosticului.

Semnul obiectiv: diplegia. Diplegia se constată la laringoscopie. Corzile vocale sunt în poziție intermediară bilaterală, ca în cazul diplegiei organice tip Ziemssen (diplegia fonatorie organică). La unii bolnavi ele sunt imobile în această poziție, la alții corzile animate de mici tremurături. În fine la alți bolnavi, dacă-i rugăm să încerce a scoate un sunet, corzile vocale vin pe linia mediană sau în apropierea ei imediată. Emiterea unui sunet obișnuit este însă imposibilă la început. În acest caz diplegia nu este totală. Mobilitatea corzilor este păstrată, însă contracțiunea lor este insuficientă pentru a da tenacitatea necesară glotei și deci pentru a emite un sunet de tonalitate tare. În orice caz, ori de câte ori este vorba de o persoană tânără, mai ales de sex feminin, când găsim în antecedente trauma psihică a afoniei și când corzile vocale tind să vină spre linia mediană fără a avea totuși forța necesară de a vibra pentru a scoate un sunet puternic, este cazul unei afonii funcționale.

Un astfel de caz de afonie funcțională am întâlnit la un soldat în vârstă de 36 ani, venit de pe frontul de răzăr. Iată în rezumat istoricul lui:

Observațiune. Soldatul . . . în vârstă de 36 ani, originar din Județul Putna, agent veterinar în viața civilă, ne spune că cu ocazia unui bombardament de aviație în cotul Donului și-a pierdut vocea. Acest fapt a avut loc în Decembrie 1942. A fost internat în clinica noastră din Sibiu la 18 Martie 1943, după ce în tot acest interval de timp a trecut prin mai multe spitale militare de zonă interioară. Vocea șoptită cu care ne-a vorbit la vizita medicală în clinică, circumstanțele în care a apărut pierderea glasului tare, ne-au îndrituit să-l considerăm un funcțional. Examenul laringoscopic ne-a confirmat o diplegie incompletă. Corzile vocale se apropiau de linia mediană, fără a căpăta forța de contracție necesară vibrației pentru vocea tare. Am declarat bolnavului că poate vorbi, deoarece și-a pierdut glasul numai din cauza spaimei și l-am sugestionat să emită după noi câteva vocale. Prima vocală odată emisă, vindecarea a survenit în câteva minute. Prin urmare omul care și-a pierdut glasul un timp de aproape trei luni, și l-a recăpătat în câteva minute prin tratament sugestiv.

...

Se constată din rândurile expuse că a fost vorba de o afonie funcțională. Problema importantă care se poate pune în armată este următoarea: este această afonie histerică sau simulată? Rezolvarea acestei origini mai fine poate fi foarte delicată. În definitiv și histeria este o simulare, însă involuntară. Simularea reală este aceea în care presupusul bolnav este perfect conștient de actul său fraudulos.

Pentru originea histerică trebuie să găsim caracterele acestei nevroze, adică abolirea reflexului faringean, abolirea reflexului cornean, anestezii cutanate paradoxale în raport cu distribuția nervilor sensitivi, antecedente și eventual alte stigmat histerice.

Pentru originea stimulată ar trebui să nu găsim la examinarea bolnavului nici un stigmat al nevrozei histerice și în plus mărturisirea însăși a pacientului că în adevăr a simulat, arătându-ne și motivul acestei simulări. Pentru noi cele mai multe simulări în armată, cel puțin în domeniul nostru oto-rino-laringologic, sunt realizate pe o bază de alterare nervoasă, chiar dacă în mod clinic nu o putem bine aprecia. Omul normal nu simulează. Simulează deficitarii, oricare ar fi expresia acestui deficit: moral, intelectual, deci psihic, sau organic, deci obiectiv.

La pacientul nostru n'am găsit simptomele cronice ale nevrozei histerice, însă nu putem spune că am fost în fața unui om perfect normal. Cu toate insistențele noastre, n'am putut obține mărturisirea unei simulări din partea lui. Noi îl considerăm ca un diplegic funcțional, încadrându-l în grupa deficitărilor psihici. A fost vorba de o afonie funcțională la un psihopat superficial, stigmatul nevrozei histerice reale clasic cunoscute nefiind evidente în clinică. Este posibil însă ca afonia prezentată de bolnav să fie prima expresie simptomatică a nevrozei sale care ar începe odată cu acest accident fonator.

Profesor Buzoianu, Popovici, Iubu: Surdo-mutism funcțional de războiu.

În saitul de zonă interioară anexă 485 Franciscane din Sibiu am avut ocazia să întâlnim un soldat evacuat cu surdo-mutism funcțional de războiu. Fiindcă este primul caz pe care-l întâlnim personal în acest războiu ne-am hotărât să insistăm asupra lui comunicându-l. Faptul că n'am întâlnit încă asociația surditate cu mutism la același individ până în prezent poate fi datorit și faptului că pacienții de acest gen au putut fi tratați în spitalele mai înaintate din spatele frontului. Bolnavul văzut de noi face parte dintr'un lot de răniți evacuați din Nicolaev în mod direct la Sibiu iar afecțiunea bolnavului nu-i mai veche de două săptămâni.

Iată în scurt care este observațiunea bolnavului nostru: cu ocazia revizuirii răniților sosiți în ziua de 1 Noemvrie 1943, într'un salon din secția noastră ni se atrage atenția că un soldat nu aude

nimic și nu poate vorbi. Este vorba de un soldat de 34 ani care nu manifestă nici cea mai mică mișcare atunci când îl strigăm să vină spre noi sau când îi dăm alt ordin. Nici nu răspunde la întrebările noastre. În schimb ne răspunde în scris indicându-ne o întreagă poveste cu luptele dela Sevastopol și cu afecțiunea sa actuală. Cum bolnavul acesta se putea mișca în libertate nearătându-ne astfel niciun semn de comoție cerebrală l-am considerat imediat drept un funcțional. De aceea i-am comunicat că este un funcțional și că dacă în douăzecișipatru de ore nu vrea să-și dea singur drumul glasului și auzului va fi pedepsit crunt. A doua zi totuși aceeași stare. Ne gândeam să-l supunem unei ședințe de faradizare cervicale când am încercat întâi sugestionându-l că apăsând cu degetele pe laringe îi va reveni vocea. Întradevăr, presând pe cartilajul tiroid și silindu-l să pronunțe diferite vocale în câteva minute pronunțarea s'a efectuat cu voce tare, normală. I-am declarat că-l iertăm de orice pedeapsă. Ceilalți camarazi răniți au rămas înmărmuriți de rezultatul acesta obținut atât de rapid. A fost vorba deci de un surdo-mutism funcțional de războiu.

Surdo-mutismul de războiu se deosebește de afonia funcțională. În afonia funcțională bolnavii vorbesc pe șoptite pe când în mutism nu vorbesc deloc nici pe șoptite nici cu glas tare.

Surdo-mutismul funcțional de războiu survine în urma marilor traumatisme psihice de campanie. Bolnavul nu vrea să emită nici măcar o singură vocală oricât de stridentă ar fi aceasta așa cum face surdo-mutismul autentic.

În fine în surdo-mutismul funcțional nu se constată nicio leziune traumatică evidentă craniană.

Mutismul de războiu îl întâlnim la nevropați și la simulators. El face parte din categoria mutilațiilor funcționale vocale; afonie funcțională, bâlbâială funcțională, mutism funcțional.

Cauza mutismului de războiu este fie histero-traumatismul fie pura simulare. Diferiți autori în războiul trecut considera că această afecțiune ar face parte dintr'un sindrom emoțional foarte ușor care ar determina o perturbare cerebrală și anumite inhibiții sensorio-motoare. Mutismul de războiu este o consecință a unui șoc nervos. Examinarea laringoscopică dacă e posibilă din cauza incoordonării motrice a limbii nu arată decât o dezordine motorie a corzilor vocale. La afoni se constată aspectul laringoscopic al afoniei hysterice.

Când mutismului i se adaugă surditatea, originea funcțională este și mai evidentă fiindcă surditățile totale de războiu fără comoție cerebrale sunt toate funcționale. Asupra acestui fapt am insistat într-o serie anterioară de lucrări deoarece surditățile totale examinate de noi sosite de pe front au fost suficiente ca număr pentru a ne îngădui anumite concluzii.¹⁾

Mutismul de războiu nu poate fi considerat drept o afazie motorie funcțională deoarece în afazii bolnavii emit sunete însă nu le pot lega în cuvinte și fraze, pe când în mutism bolnavul nu pronunță pur și simplu nicio silabă și nicio vocală. În orice caz asocierea dintre o surditate totală cu mutismul total este tipică pentru o afecțiune funcțională. De aceea nici n'a fost nevoie de interogarea reflexelor cocleare pentru a ne da seama dacă este vorba de o surditate funcțională. Diferențierea între originea pituitică și cea pur simulatorie este dificilă de făcut însă așa cum am insistat în propriile noastre lucrări pe cari le-am citat; originea pituitică trebuie socotită a fi cel mai frecvent în cauză.

1) a) Buzoianu G., Russu I., Popovici G.: *Histério-traumatismele auzului de războiu*, Societatea științelor medicale Cluj-Sibiu, 21 Februarie 1947. — *Ardealul medical*, Octombrie 1942. — *Miscarea medicală română*, August 1942.

b) Buzoianu G., Russu I., Popovici G.: *Les hystéro-traumatismes auditifs de guerre*, Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques fondée à Cluj, Juillet-Octobre 1942.

c) Buzoianu G., Russu I., Andrei L., *Les surdités fonctionnelles de guerre*, Société oto-rhino-laryngologiques de Transylvanie, 20 Avril 1943. *Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques fondée à Cluj*, Octobre 1943.

Tratamentul surdo-mutismului de războiu consistă în repaus și în sugestie în cazul originii pituitice, în lămurirea fraudei în cazul simulatorului. Cel mai utilizat mijloc de sugestie consistă astăzi în a afirma bolnavului că tratamentul electric îl vindecă. Aplicarea curenților faradici latero-laringeni duce astfel la emisiunea voci și deci la vindecare. Ortofonia de asemeni poate da rezultate. Aplicăm degetele mâinii drepte pe ambele părți ale cartilajului tiroid, rugăm bolnavul să pronunțe diferite vocale. Îl sugestionăm că prin presiunea noastră digitală organul vocal își recapătă sănătatea.

Pentru simulanți dacă apariția voci întârzie printr'o atitudine rebelă, utilizăm de asemeni curentul faradic.

Mutismul de războiu este o mutilare funcțională pituitică sau simulată a vocii. El cedează repede cu condiția ca medicul care întâlnește astfel de bolnavi să cunoască chestiunea să știe adică faptul că afecțiunea este pur funcțională că deci se vindecă fie prin sugestie fie prin descoperirea fraudei față de simulanți.

Concluziuni

Un soldat ajunge în zona interioară fiind evacuat de pe front cu surdi-mutitate totală. Bolnavul nu numai că nu face nici o mișcare la vreun sgomot de apel dar nu emite încă nici o fonatie. Examenul laringoscopic arată o diplegie funcțională. Asocierea dintre o surditate totală cu mutismul total este tipică pentru o afecțiune funcțională. De aceea nici n'a fost nevoie de interogarea reflexelor cocleare. Surdo-mutismul acesta a cedat repede (o zi) sugestionând bolnavul că poate vorbi dacă îi apăsăm cu degetele cartilagiile laringeene. Dificultatea pentru medic consistă în a-și da seama că se află în fața unui bolnav funcțional. Ezițările în direcția acestui diagnostic face să persiste afecțiunea.

Prof. Buzoianu, Popovici, Andrei: Traheo-laringostomie pentru stenoza cicatricială traheală superioară cu imposibilitate a decanulării.

Se știe că unii bolnavi traheotomiizați, cari poartă canula traheală de mai multă vreme ajung uneori la o imposibilitate de a se putea debarasa de canulă. Acest fapt se datorește unor multiple cauze dintre cari cele mai numeroase sunt leziunile organice hiperplazice intratraheale produse de decubitul canulei și care stenozează canalul laringotraheal, dacă nu cumva stenoza traheală este datorită unei cicatrici traumatice a traheei. Este vorba de o serie de piteni hipertrofici sau de producțiuni hiperplazice ale mucoasei traheale în jurul sau în apropierea orificiului de traheotomie. Aceste producțiuni stenozează în așa fel lumenul traheal încât bolnavii nu se pot debarasa de canulă. La câteva ore, uneori imediat după ridicarea canulei respirația devine dispneizantă cu cornaj sau chiar cu tiraj și suntem astfel obligați să reintroducem canula pentru a evita asfixia. Alteori mugurii se formează la extremitatea inferioară a canulei și pot fi făcuți vizibili și ridicați prin traheoscopie superioară ori inferioară.

În fine la copii mai frecvent, la adulți mai rar poate interveni spasmul glotic ieșit din teama inconștientă a eventualității asfixiei sub impresia debarasării de canulă. Spasmul este în cauză acolo unde explorarea traheoscopice nu arată nicio modificare organică a canalului traheal și în deosebi când e vorba de copii.

La bolnavul care face obiectul comunicării noastre este vorba de o stenoză cicatricială incompletă a traheei în partea sa superioară, pentru care a trebuit să se facă o traheotomie de urgență în urma căreia canula nu a mai putut fi ridicată. Înainte de a analiza cauzele și forma acestei stenoze vom reda în scurt observațiunea clinică a bolnavului respectiv:

Observație clinică. Bolnavul Brezeanu Aurel în vârstă de 28 ani din comuna Meceoltești, județul Argeș, a suferit la 8 Iunie

1943, un accident în urma căruia a trebuit să fie traheotomizat de urgență. Este vorba de o isbitură de copită de cal pe care a primit-o în regiunea cervico-maxilară anterioară. S'a produs imediat o contuzie puternică a regiunii cervicale anterioare, fractura maxilarului inferior, turburări de respirație care a devenit dificilă, dispneizantă, emfisem cervical și toracic. Traheotomizat de urgență turburările respiratorii și emfisemul cervico-toracic au dispărut repede. După aproape zece zile dela accident s'a căutat să se scoată canula pentru a reda bolnavului respirația normală prin intermediul foselor nasale. S'a constatat însă că înlăturarea canulei este repede urmată de dificultăți respiratorii cari fac pe bolnav aproape să se sufoc. În aceste condițiuni canula este așezată la loc. Aceste îngrijiri au fost date bolnavului în spitalul Curtea de Argeș.

A fost apoi îndrumat la București. Aici s'a prezentat la diverși specialiști și a fost internat în clinica de acolo. Constatându-i-se însă fractura maxilarului inferior a fost transferat în clinica stomatologică de unde după opt săptămâni odată cu vindecarea fracturii maxilarului este transpus din nou la clinica laringologică. După o ședere de două săptămâni i s'a comunicat bolnavului de către șeful serviciului că nu va putea renunța toată viața la canulă, însă că nu se va pierde în nici un caz din această cauză. Același lucru i s'a comunicat și în consultațiuni particulare la alți laringologiști din București după ce bolnavul a fost concediat din clinica respectivă.

Ulterior bolnavul văzut de un medic practician a fost îndreptat clinicii noastre.

Sosit în Septembrie la noi, constatăm în adevăr că bolnavul nu poate fi decanulat. Dacă se scoate canula și se astupă orificiul traheal cu degetul, bolnavul are cornaj. Lăsat fără canulă timp de o oră, suntem obligați să așezăm din nou canula în trahee. Tendința de închidere a stomei traheale produce dispnee. Examinând sub anestezie cocainică prin orificiul traheostomic traheea constatăm o îngroșare și o deformare laterală dreaptă a canalului traheal, întinzându-se puțin deasupra orificiului de traheotomie. Palpând cu un stilet această îngroșare constatăm că are aspectul a fi cicatricială și că ea constituie în realitate obstacolul care împiedică decanularea.

La traheoscopie superioară observăm aceeași deformare deci același obstacol la același nivel.

Ne-am hotărât să practicăm bolnavului o laringo-traheostomie, să excizăm cicatricea obstruantă a canalului traheal și să dilatăm acest canal pentru a-l permeabiliza.

Operația s'a făcut la 15 Septembrie 1943 (Buzoianu—Albu) practicându-se sub anestezie locală o traheo-laringostomie clasică. S'a incizat întreg laringele pe linia mediană împreună cu porțiunea superioară a traheei și încă câteva inele traheale sub nivelul vechiului orificiu de traheostomie. În acest vast jghiab s'a electrocoagulat excrescența cicatricială stenoizantă până la perfectarea canalului apoi s'a fixat un tub de cauciuc de mărime convenabilă care să țină depărtate cele două margini ale jghebului laringo-traheal obținut operator.

Îngrijirile post-operatorii au fost meticuloase. Tubul a fost scos și pus intermitent. În ultimele săptămâni tubul era ținut câte cinci-șase zile în șir fără a fi schimbat. Aceste îngrijiri au durat până la 15 Decembrie 1943, când tubul de cauciuc a fost înlăturat definitiv. Bolnavul a rămas cu o stomă traheală care urmează să fie acoperită printr'o plastie cutanată. Acoperirea acestei stome în mod hermetic cu un emplastru arată că permeabilitatea normală traheo-laringeană a fost restabilită. Operațiunea executată și-a atins deci scopul. De altfel faptul că o parte, partea inferioară a jghiabului operator a rămas deschisă sub forma unei deschideri longitudinale arată că un anumit grad de dilatație a traheei în partea

anterior stenoizată a fost obținut, alături de topirea prin electrocoagulare a tumefacției cicatriciale stenoizante.

Bolnavul a putut fi deci debarasat de canula sa traheală.

Care a fost cauza stenozei la acest bolnav? Este incontestabil că această cauză a stenozei a fost traumatismul său cervico-maxilar. De vreme ce a trebuit să fie traheotomizat pentru dispnee și emfisem înseamnă că traheea a fost ruptă subcutanat undeva în porțiunea ei cervicală. Această ruptură a determinat emfisemul. Noi am constatat la trei luni după accident o îngroșare cicatricială laterală și anterioară a traheei în dreptul orificiului de traheostomie. Această cicatrice hipertrofică stenoizantă a fost mult probabil urmarea rupturii traheale. Hipertrofia aceasta cicatricială a fost apoi probabil mărită prin acțiunea de decubitus a canulei.

Este vorba la bolnavul nostru nu numai de o stenoză traheală superioară datorită acțiunii simple de decubitus a canulei, ci în același timp de o stenoză cicatricială datorită unei rupturi subcutanate traumatice a traheei. Credem chiar că accidentul a constituit aici prin ruptura traheală determinată cauza principală a stenozei iar canula a putut contribui ulterior la accentuarea ei.

În orice caz este vorba de o stenoză incompletă traheală superioară datorită unui traumatism care a necesitat o traheotomie de urgență urmată de imposibilitatea decanulării. Cazul acesta supus unei intervenții de laringostomie și de traheostomie superioară a putut fi debarasat definitiv de canulă. Este de remarcat că nu am executat o laringostomie tipică urmată de sutura tegumentelor la marginile canalului laringo-traheal, fiindcă nu era vorba de cicatrici intra-laringeene prea întinse. Rezultatul a fost totuși bun. Porțiunea laringeană a canalului de laringostomie s'a închis progresiv spontan și am constatat că marginile fisurii operatorii cricoideene s'au cicatrizat la o distanță de câțiva milimetri una de alta (2—4 mm). Acest fapt explică mărirea calibrului canalului laringo-traheal după cicatrizarea stomei. Cu toate acestea vocea are un timbru aproape normal. Prin urmare unele modificări ale laringostomiei tipice pot da aceleași bune rezultate cu deosebirea că plastia ulterioară se execută pentru o stomă de mai mică dimensiune.

O altă observațiune pe care mă simt îndreptățit s'o fac cu ocazia acestui caz este următoarea: chiar stenozele traheale trebuie tratate prin laringo-traheostomie și nu numai printr'o simplă traheostomie. Laringostomia nu trebuie rezervată numai stenozelor laringeene ci și celor traheale superioare. Într'un caz al nostru similar, anterior tratat, a trebuit în cele din urmă să practicăm după o traheostomie infructuoasă o laringo-traheostomie largă cu rezultat bun. Numai că cei care ar fi indicați să facă acest lucru prin titulatura lor de „specialiști” nu trebuie să ezite a-l face, dacă vor să salveze bolnavii dela chinul de a rămâne toată viața canularzi și dacă vor să le redea vocea.

Dr. Mircea Poplucă, Dr. Ioan Birău, Drd. Getta Dan:
Asupra unui caz de gangrenă fudroiantă, spontană, a organelor genitale — tip Fournier — recent operat.

Din foaia de observație clinică a bolnavului nostru reiese că acest caz prezenta o mare analogie cu infiltrațiunea de urină. Caracterele diferențiale mai importante erau următoarele:

1. Punctul de plecare al infecțiunii era prepuțul și deci tegumentele peniene și nu uretra sau urina. Deoarece bolnavul nostru nu prezenta nici o leziune uretrală — aceasta fiind permeabilă pentru sonda Tiemann nr. 18; iar urina era clară și bolnavul fără antecedente urinare.

2. Evoluția afecțiunii mult mai rapidă (în 24—36 ore) ca și în infiltrațiunea de urină.

3. Ascensiunile termice mult mai accentuate (până la 40 grade), decât în infiltrațiunea de urină.

4. Regiunea perineală era indemnă, iar tegumentele peno-scrotale fără să dea senzația de crepitațiune la palpare.

5. Plăgile operatorii prezentau o serozitate purulentă, care examinată a dat următorul rezultat: Din puroiul recoltat pe mediile de cultură s'au dezvoltat streptococi hemolitici, bacili gram negativi (Friedländer) și bacili sporulați anaerobi.

6. Fiind interesate numai tegumentele peno-scrotale, cu o lipsă de fistulizații uretrate, plăgile operatorii nu erau inundate de urină.

7. Micțiunile normale, fără a necesita o sondă a demeure.

8. Vindecarea locală a cazului nostru va reclama un al doilea timp operator, care va consta din executarea numai a auto-plasiilor necesare pentru completarea pierderilor de substanță.

(Cazul nostru va apare ca articol în revistă).

*

REUNIUNEA ANATOMICĂ

Ședința din 20 Ianuarie 1944

Prezidează: PROF. DR. T. VASILIU

1. Dr. P. Bruda, Dr. I. Birău și Dr. D. Togănel: **Un caz rar de recidivă calculoasă a vezicii urinare tratat prin litotritie.**

Prezentul caz merită a fi cunoscut din mai multe puncte de vedere. Este interesant din cauza rapidității cu care s'a produs recidiva, din cauza felului atipic de tratament la care a fost supus, cât și din cauza problemei deosebit de importante pe care o pune recidiva în calculoza urinară.

E vorba de o bolnavă în etate de 58 de ani, de profesiune casnică, din comuna Secășel, jud. Târnava-Mică, care s'a prezentat la consultațiile clinice noastre în ziua de 22 Februarie 1943, având o stare generală extrem de rea și prezentând tulburări grave în micțiune.

În antecedentele acestei bolnave trebuie reținut doar faptul că înainte cu câțiva ani i s'a făcut histerectomie, probabil pentru cancer uterin.

La examenul cistoscopic, făcut cu foarte mare dificultate — bolnava neavând o capacitate vezicală — se constată că întreg peretele anterior și lateral stg. al vezicii e cuprins de o formațiune tumorală infiltrativă, iar în cavitatea vezicii se găsește un calcul de fosfați de mărimea unei nuci mari. Cum cistostomia — din cauza țesutului tumoral — în cazul de față nu se putea face fără riscul unei fistule hipogastrice permanente și cum intervenția ar fi prezentat și dificultăți de ordin tehnic din cauza cicatricei hipogastrice și a eventrației pe care bolnava o avea la nivelul primei operații, după un prealabil tratament vezical repetat de mai multe ori, decidem *litotritia*, operație care deși nu era indicată în cazul de față — din cauza mărimii calculului și a fenomenelor de cistită — totuși era singura la care se putea recurge. Cum starea bolnavei nu permitea anestezie rachidiană sau narcoza, executăm *litotritia* în mai multe ședințe, administrând bolnavei cardio-tonice și o simplă injecție intramusculară cu Dolantin. În urma acestui tratament reușim ca în ziua de 10 Aprilie 1943 să trimitem bolnava acasă cu calculul complet eliminat.

În ziua de 19 Noemvrie 1943, bolnava revine în clinică cu micțiuni frecvente și dureroase — adevărate tenesme — de cari suferea de aproximativ o lună și jumătate, și din cauza hematuriei și piuriei abundente observate mai ales în ultima vreme. Cistoscopia neputându-se face din cauza fenomenelor de cistită spăracută, se face radiografia vezicii și se constată prezența unui calcul vezical de mărimea unei nuci mari.

Incurajați de primul succes, după un prealabil tratament vezical, recurgem din nou la *litotritie*, pe care o executăm sub

narcoză făcută cu protoxid de azot — din cauza sensibilității mari a vezicii — și reuși și de data aceasta ca să trimitem bolnava acasă cu calculul eliminat în întregime, fapt stabilit prin controlul cistoscopic făcut în ziua de 11 Decemvrie 1943.

În cazul de față aportul litotritiei a fost enorm de valoros, deoarece după cistostomie — în cazul când ea ar fi fost posibilă — bolnava ar fi fost fixată la pat cel puțin 4 săptămâni. În felul acesta însă a evitat atât riscul unei fistule hipogastrice cât și neplăcerile unei intervenții operatorii cât se poate de dificilă. În al doilea rând recidiva calculoasă, care s'a produs în cazul de față cu o rapiditate puțin obișnuită, ar fi necesitat o cistostomie secundară imposibil de executat în acest caz.

Recidiva calculoasă la bolnava noastră poate fi atribuită atât infecțiunii masive și continue întreținută de tumora vezicală cât și fermentațiilor produse de bacterii, sfaceluri și coaguli.

Recidiva în calculoza urinară formează un capitol deosebit de important. Ea ne arată că prin intervenție numai, de foarte multe ori nu se poate obține vindecarea definitivă a bolii. Tratamentul general și local cât și regimul alimentar care trebuie ca să țină întotdeauna cont de reacția urinei și de compoziția calculului, va completa întotdeauna acest tratament.

2. Dr. I. G. Russu și Drd I. Albu: **Anomalie rară (traect embrionar persistent) a vaselor renale drepte — anastomoză reno-cavă retroaortică stângă.**

Autorii prezintă următoarea anomalie întâlnită în cursul disecției unui cadavru masculin:

În vâna cavă inferioară, la 1 cm. sub originea vinelor renale adică la locul unde se varsă în mod normal vâna spermatică dreaptă, se aruncă un trunchiu vânos foarte gros, formând la acest nivel un fel de crosă. Această vână anormală își are originea din rinichiul drept. În sinusul renal ca și la nivelul hilului se găsește situat înapoia bazinetului și a vaselor renale, ce în rest au dispoziția obișnuită, imediat după ieșirea din hil scoboară dealungul marginii interne a rinichiului, prezentând astfel un traect descendent și inegal ca volum, căci la originea porțiunii extra-hilare se găsesc două porțiuni umflate, ca apoi să se continue uniform calibrat, cu un diametru de 9—10 mm. Vasul vânos coboară mai departe în jos în fosa iliacă dreaptă, situat fiind lipit de peretele abdominal posterior și acoperit de peritoneu; face apoi 2—3 sinuozități, se îndreaptă înăuntru, la acest nivel primește un trunchiu format din vinele lombare drepte, încrucișează apoi ureterul trecând înaintea lui (ventral) transversal și ajuns pe partea laterală dreaptă a vinei cave inferioare cotește brusc — în unghi drept — îndreptându-se vertical în sus și paralel cu vâna cavă inferioară, între aceasta din urmă și ureter. La nivelul ultimului cot primește vâna spermatică dreaptă, volumul său crescând evident; după vărsarea celor două trunchiuri vânoase măsoară în porțiunea verticală 12—14 mm. În ceea ce privește vâna spermatică dreaptă ea este mai scurtă ca în mod normal și se găsește deplasată puțin înafară, alunecând de-a-lungul marginii laterale a mușchiului psoas. În continuarea traectului ei, vâna renală anormală dreaptă, ajunsă la nivelul vertebrei lombare a II-a descrie o cârjă cu concavitatea în jos și înăuntru, pentru a se vărsa în v. cavă inferioară — după cum am mai arătat. Punctul cel mai decliv al acestui vas vânos se găsea în fosa iliacă dreaptă la vreo 4—5 cm. sub polul inferior al rinichiului drept (care era de proporții ceva mai mari decât rinichiul stâng și situat cam cu 1 cm. mai jos) în unghiul determinat de rădăcina mezenterului, mușchiul psoas iliac și fața posterioară a colonului ascendent.

De partea stângă (antimerul stâng), la 1 cm. sub locul de vărsare al trunchiului descris mai sus (în dreapta) și pe fața laterală stângă a vinei cave, se varsă un trunchiu vânos constituit din două ramuri: una inferioară rezumând două vine lombare și

o ramură superioară, ce pleacă de pe fața inferioară a vinei renale stângi, dar care la rândul ei primește o vână cu traect descendent reprezentând o vână a capsulei suprarenale stângi. Acest trunchiu vânos, ca și componentele lui se găsește situat dorsal față de aortă, a cărei față posterioară o încrucișează. Este deci cazul unei anastomoze reno-cavă, în care se aruncă însă și vinele segmentare lombare ca și o vână capsulară și a cărei interpretare a fost dată.

3 Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. I. Bilegan: Carcinom primitiv al ficatului (81 I. A. P.).

Se prezintă un ficat provenit dela autopsia unui caz din Clinica I. Med. cu diagnosticul clinic: Icter mecanic prin tumoră malignă.

Ficatul este mărit de volum, având în lobul drept o masă tumorală, de mărimea unei portocale, de culoare albă, net delimitată de parenchimul din jur, iar în lobul stâng răspândiri nodulare, de mărimea unei nuci sau alune. În rest parenchimul prezintă o culoare galbenă-verzuie.

Istologic este vorba de un carcinom trabecular hepatic.

4. Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Leziuni anatomo-patologice reumatice în miocard, endocard și vase (sindroame reumatice miocardice și vasculare) (57 Sp. 87 SP. 82 I. A. P.).

Etiologia reumatismului este încă necunoscută în ceea ce privește germanul infecțios producător, așa cum concepția dominantă o admite astăzi denumind chiar boala „Reumatism acut infecțios” (Graeff). Cele mai multe din cercetările nouă însă se îndepărtează de ideea unei afecțiuni specifice în sensul de mai sus, tinzând să probeze că este vorba de reacțiuni alergice produse de mai mulți germeni, în special streptococul sau mai bine, streptococii. Sprijinul acestor concepții îl dă experimentarea și anatomia patologică. Prin experimentare s'au putut produce leziuni articulare corespunzătoare clinice reumatismului acut, prin sensibilizarea unor animale de laborator prin diferite seruri streine. Pe de altă parte studiul amănunțit anatomo-patologic al tuturor felurilor de leziuni, făcut la toate organele într'un număr impresionant de cazuri de reumatism sub diferitele lui aspecte la om. Aceasta este opera în special a lui Klinge și a unui număr mare de alți cercetători ai școalei lui, sau alții independenți (Hueck, Rössle, Bergen, Ceelen, Hansen, Ratschow, Siegmund, Tallalajeff, Rosenow, Domagk, Eickheff. etc.).

Asemănarea între leziunile produse la animalele alergizate și leziunile aflate în reumatismul omului a făcut să se stabilească un tablou anatomo-patologic al leziunilor zise reumatice.

Nodulul lui Aschoff și Geigel a deschis calea acestor cercetări. Astăzi avem o bază anatomo-patologică de interpretare a reumatismului, care ne-a condus la o înțelegere mai generală a boalei. De aceea astăzi leziunile coronarelor a miocardului, a endocardului și a vaselor periferice (artere și vene) ne conduc la o vedere sintetică, putând admite că sunt expresiuni variate și locale a diferitelor segmente ale aparatului circulator, produse prin aceleași mecanisme, având comună leziunea anatomo-patologică, putându-le însuma în cadrul pe care-l denumim „Boala reumatismală”.

*

SOCIETATEA INTERNILOR ȘI EXTERNILOR

Sub președinția de onoare a d-lui *Profesor Coriolan Tătaru*, în al doilea an de existență, Societatea Internilor și Externilor continuă să muncească pentru îndrumarea unei preocupări medicale proprii studențești.

Ședințele ei sunt constituite din două cicluri: unul clinic, alcătuit din prezentări de cazuri clinice didactice; altul biopolitic, inspirat din cugetarea d-lui Prof. Moldovanu și îndrumat de d-l Conf. Râmneanu.

Ședința I-a. — Constituirea noului comitet.

D-l *Aleman*, secretar general, în numele vechiului comitet prezidează alegerea. Depun candidatura pentru președinte d-nii Jecu Avram și Coroianu Victor. Votarea se face pe față de toți cei prezenți. Se alege cu majoritate de voturi următorul comitet:

Președinte: intern Jecu Avram, vicepreședinte: extern Păcală Marius, secretar general: extern Nossă Liviu, cassier: extern Stăncescu Popescu Petre, secretar de ședință: extern Coman Nicolae.

Ședința II-a, din 23 Ianuarie 1944.

Prezidează: intern JECU AVRAM.

1. Jecu Avram vorbește despre: **Igiena rasei, igiena Neamului**. Arată primele momente în istorie când s'au pus probleme demografice. Definește Eugenia lui Galton (studiul calitativ) și arată că în secolul nostru se impune și o politică cantitativă a populației, din care s'a născut igiena rasei. Arată metodele de lucru și rezultatele obținute în Germania și Italia. Insistă că pentru neamul nostru aceste probleme nu sunt suficiente. Ne trebuie o Igienă a Neamului ce să se preocupe de generațiile viitoare prin eugenie și politică demografică, dar și de starea prezentă a poporului, luptând contra plăgilor etnice (Euthenie). Ca mijloace ar avea: Educația prin școli și conferințe, asistența socială, reforma aplicării impozitelor, incurajarea nașterilor și sterilizarea indezirabililor.

2. Extern *Nossă Liviu* prezintă 2 cazuri de **psoriasis**, insistând asupra localizării caracteristice pe partea extensorie a membrilor, asupra formelor variate, semnelor de diagnostic diferențial. Prognostic bun quod vitam. Tratamentul cu arsenic, sulf, mercur, bismut, proteinoterapie, emo și opoterapie.

Trei cazuri de **prurigo hebrae**. Localizare mai ales pe antebrațe și coapse. Leziunile sunt la început papule, apoi mici vezicule și papulocruste. Sunt însoțite de prurit nocturn și de tumefacție ganglionară. Apare în primul an al vieții. Disgn. dif. cu scabia. Tratament: regim, calciu, hiposulfid, tratament local.

3. Extern *Aleman Mircea* prezintă un caz de **sifilis framboesian**, insistând asupra localizării cutanate și a manifestărilor.

4. Extern *Popovici Ioan* prezintă trei cazuri de **cancer** cu localizări în regiunea feții și a buzei inferioare, arătând debutul, evoluția rapidă și tratamentul ce s'a făcut. Prezintă și un caz de Lupus-carcinom în regiunea nasogeniană.

D-l *Dr. Neamțu*, la critică, aduce foarte frumoase completări a celor spuse de cei ce au prezentat cazurile.

Ședința III, din 5 Februarie 1944.

Prezidează: intern JECU AVRAM.

1. Intern *Victor Coroianu* vorbește despre **Tipurile constituționale și adaptarea la mediul social**. În rezumat spune că organismul omenesc în interpretarea modernă biotipologică este o imagine plastică a funcțiunii. S'au diferențiat trei aspecte ale biotipului: morfologic, fiziologic și psihologic. S'au stabilit anumite tipuri constituționale, cari, datorită unui echilibru între sistemul de relație și sistemul organo-vegetativ, între glandele anabolice și cele catabolice, reacționează specific în raport cu mediul social. Picnicul este adaptabil, sociabil, extrovertit. Astenicul dimpotrivă, inadapabil, revoluționar, introvertit. În fața unui conflict picnicul este de obicei ucigaș, astenicul sinucigaș. Normotipul face față majorității situațiilor la cari este expus.

La critică, internul *Jecu Avram* insistă asupra sistemului endocrin și arată că în școala lui *Pende* s'a încercat influențarea dezvoltării copilului prin tratament hormonal.

2. Interna *Margareta Popescu* prezintă un caz de **endarterită obliterantă**, căruia i s'a făcut amputarea coapsei. Arată importanța și frecvența acestei boli. Vorbește despre etiologie, patogenie, evoluție și prognostic. Insistă asupra diagn. diferențial și tratamentului medical, balneo- și fizioterapic și chirurgical.

La critică, intern *Jecu Avram* arată importanța regimului în tratament.

3. Externii *Nossa Liviu* și *Vaina Vasile* prezintă un caz de **melanodermie arsenicală**. După o cură de aproximativ 20 de

injecții de neosalvarsan bolnavul prezintă o eritrodermie cu aspecte scarlatiniforme, apoi exfoliative și o stomatită necrosantă, cu exulsarea unui sechestrul din maxilarul inferior. În urma desquamării pielea rămâne colorată asemenea fontei. Apare și un trismus intens. Ici, colo, apar puncte mai puțin colorate, ce sunt porțiuni de piele nou formate, după vindecarea leziunilor impetiginoase secundare.

4. Extern *Ștefan Veseli* prezintă un caz de **Lupus vulgar**, localizat simetric la față. Arată caracterele morfologice ale fiecărei zone în parte și a extinderii excentrice.

Revista cărților

Chirurgie semiotică, clinică, terapeutică. Vol. I. Fascicola I. — **Clinica chirurgicală generală** de *Prof. Dr. I. Iacobovici*, colaboratori: *Dr. I. Porumbaru* și *Dr. C. Crăciunescu*. Format mare, 368 pagini. Editura Socec, București 1944.

Această nouă lucrare a d-lui Prof. Iacobovici reprezintă prima fascicolă a vol. I. din cel dintâi tratat românesc de chirurgie, conceput să apară în 6 volume, în care D-sa și-a asumat greaua sarcină de a îngriji încheierea lui.

D-sa e pe calea de a-și vedea realizat în curând vechiul ideal, de a pune la îndemâna atât a studentului cât și mai ales a specialistului un izvor de instruire în vastul studiu al chirurgiei. Niciunul dintre noi nu puteam concepe mai bine alcătuirea unui asemenea tratat decât Profesorul Iacobovici care prin gândirea și puterea sa de muncă creatoare de școală, a aprofundat în lunga sa carieră de eminent dascăl și chirurg fiecare problemă pe care o cuprinde în capitolele cărții sale.

În prefață autorul spune că „această carte reprezintă cursurile pe care le face studenților...”. Și întradevăr cetind această fascicolă mă regăsesc în amfiteatru, în care ascultam cu admirație cursurile magistrale ale acestui maestru, cursuri pline de dinamism prin înaltul spirit științific, didactic și prin bogata documentare cu exemple, dintre care o majoritate le-a trăit.

Aceleași caractere le-a imprimat și cărții sale, care din toate punctele de vedere stă la înălțimea oricăror alte tratate străine de specialitate.

În această primă fascicolă găsim descrise patru capitole.

În cel dintâi autorul expune noțiunile introductive în studiul chirurgiei; tratează cu foarte multă amănunțime problemele generale de semiologie chirurgicală, dând o atenție deosebită ceretărilor mai noi, care caută să dovedească importanța cunoașterii terenului în chirurgie. Toate aceste elemente de semiologie sunt însoțite de o tehnică precisă de investigații și examinări.

A doua parte a primului capitol cuprinde marea și veșnic actuala problemă chirurgicală: a prevenirii durerii. Această problemă o dezvoltă foarte pe larg, tratând fiecare metodă din toate punctele de vedere. Scoate în evidență în special contribuțiunea românească la perfecționarea acestor metode, publicând o bibliografie foarte bogată a acestor autori.

În capitolul al doilea găsim descris un studiu foarte complet anatomo-clinic al infecțiilor acute chirurgicale în general, pentru ca în celelalte două capitole să întâlnim infecțiile expuse după caracterul agentului patogen. Așa urmează infecțiile nespecifice care sunt pe larg dezvoltate. Fiecare capitol se încheie cu un număr mare de indicații bibliografice.

Lucrarea profesorului Iacobovici impresionează cititorul prin claritatea stilului său, dar în același timp și prin bogăția de amănunte ce caracterizează fiecare capitol. Ea reprezintă un complex armonios, un model și un stimulent pentru colaboratorii, care participă la această frumoasă operă.

Cartea d-lui Prof. Iacobovici este atât din punct de vedere științific și didactic, cât și al prezentării tehnice o lucrare de mare valoare, având un material documentar foarte bogat, din care o însemnată parte poartă timbrul vastei experiențe clinice și didactice a autorului.

Această carte mai posedă o calitate dintre cele mai frumoase, de a rupe vechea tradiție, prin care, din timiditate sau exces de modestie, se pune în umbră munca românească.

Ea pune cu multă autoritate în lumina sa adevărată și la îndemâna tuturor contribuția pe care au adus-o științii medicale, generațiile de știință români.

Munca pe care au depus-o domnii doctori Porumbaru și Dr. Crăciunescu face dovada unei fericite alegeri de colaboratori. Aceasta îi înalță pe Domniile Lor și se revărsă și asupra întregii generații tinere din care fac parte.

Se cuvine un cuvânt de laudă și Editurii Socec, care ne-a demonstrat că, atunci când vrea, știe să producă o lucrare artistică, ce se poate situa cu mândrie alături de oricare dintre cărțile străine.

Prof. Dr. Al. Pop.

„**Studii Eugenice**” de *Dr. S. Cupcea* (64 pag. Cartea Românească, Sibiu, 1942).

Studiile eugenice publicate de d-l Dr. S. Cupcea fragmentat în Buletinul Eugenic și Biopolitic al Institutului de igienă din Sibiu de sub conducerea d-lui Prof. Dr. I. Moldovan, prin apariția lor sub formă de broșură, reprezintă una dintre primele publicații de acest gen în literatura noastră medico-științifică.

Lucrarea se împarte în trei părți: **Ereditate și mediu**; ce este eugenia și examenul prenupțial.

În prima parte a lucrării, autorul după ce arată importanța problemei ereditate-mediu, în care trebuie să ne intereseze contribuția cantitativă a acestor doi factori în fiecare reacțiune umană, subliniază importanța eredității în determinarea individului normal și patologic. În vederea acestui studiu expune apoi metoda Galton (Galton) încheind acest prim capitol cu studiul eredității și mediului în determinarea principalelor aspecte mintale (intelligența, etate educațională, funcțiuni mintale, aptitudini, etc) și încheind cu anomalii mintale. Printre concluziile mai interesante la care ajunge autorul, amintim procentul mare (86%) în care debilitatea mintală este determinată ereditar, precum și acela al criminalității (66%) și al epilepsiei (49%).

Cu toate că personalitatea umană este rezultanta interacțiunii acestor două forțe, ereditate-mediu, acesta din urmă nu face decât să actualizeze ceea ce ereditatea a dat în mod potențial. De aceea școala va trebui să desvolte armonic calitățile pozitive biologice, în raport cu posibilitățile date fiecărui individ (Moldovan).

În al doilea capitol autorul definește sub forma cea mai clară noțiunea de eugenie, delimitând-o în mod precis de celelalte științe (medicină, educație și toate celelalte științe eugenice), clarificând în cele din urmă noțiunea de igienă rasei.

Contrar eugeniei germane care are la bază planul unei concepții rasiale, eugenia românească are la bază neamul, contemplându-se astfel cu noțiunea de igienă a neamului concepută de d-l Prof. Moldovan.

În ultimul capitol, autorul considerând căsătoria ca un act biologic de menținere a speciei umane, ca o răspundere față de generațiile viitoare, desvoltă capitolul examenului prenuptial. Acest examen ne interesează cu atât mai mult că a devenit obligator prin noua lege de combatere a bolilor venerice, reprezentând un stăvilor în plus la extinderea acestor boli, care în timpul de război în care ne găsim au produs îngrijorare unanimă.

Studiile eugenice ale d-lui Dr. Cupcea, în afară de temeinicia și claritatea lor, au meritul de a reprezenta un punct de vedere original al acestei probleme, care de sigur la noi își trăiește începuturile și la care acest studiu îi pune una din pietrele fundamentale.

Dr. Emil I. Bologa

Note și informațiuni

Conform Deciziei Ministeriale Nr. 84.728 din 13 Ianuarie 1944, plășile sanitare rurale organizate de Min. Sănătății și Ocrotirilor Sociale, depind din punct de vedere tehnic de Institutul de Igienă și sănătate publică în raza de activitate a căruia se găsesc.

În Monitorul Oficial Nr. 22 din 27 Ianuarie, s'a publicat tabloul medicilor cărora s'a acordat titlul de medic specialist în electrologie și specialist în balneologie.

Prin Decizia Min. Sănătății Nr. 87.419 din 24 Ianuarie 1944, toate laboratoarele de produse farmaceutice care prepară specialități în compoziția cărora intră vitamine și casele importatoare sunt obligate a tipări vizibil alături de numele brevetat al specialității și acela al vitaminei sau vitaminelor ce conțin.

În Monitorul Oficial Nr. 29 din 4 Februarie 1944, s'a publicat ținerea examenelor de clasificare pentru medicii comunali și de circumscripții sanitare rurale și urbane, pentru ziua de 6 Martie 1944, la București, Sibiu și Iași.

Prin Decretul Nr. 223 din 1 Februarie 1944, au fost numiți conferențieri definitivi următorii; la conferințele arătate în dreptul fiecăruia:

1. Dr. Moga Aurel, șef de lucrări definitiv la Facultatea de medicină Cluj-Sibiu, la conferința de semnologie medicală la aceeași facultate.

2. Dr. Oprean Romul, șef de lucrări cu titlu provizoriu la Facultatea de medicină Cluj-Sibiu, la conferința de fizică medicală, dela aceeași facultate.

3. Dr. Rusu I. Gabriel, șef de lucrări definitiv, la conferința de anatomie umană dela Facultatea de medicină Cluj-Sibiu.

D-l Dr. Pescaru Ion, medic-primar director al spitalului central din Arad, se delegă a îndeplini func-

țiunea de director al spitalului de copii „Principele Mircea” din Arad, pe timpul cât d-l Dr. Cornel Radu, va avea delegația de secretar general al Consiliului de patronaj.

În Monitorul Oficial Nr. 34 din 10 Februarie a. c., s'a publicat decizia Min. Sănătății, privitor la punerea în funcțiune a spitalului de boli pulmonare din Brașov și înființarea sanatorului de tuberculoză din Satulung-Brașov și repartizarea serviciilor.

În Monitorul Oficial Nr. 37 din 14 Februarie, s'a publicat concurs pentru ocuparea postului de medic-șef de laborator la Institutul de Igienă și sănătate publică Sibiu.

D-na Dr. Șerbănescu Maria, medic provizoriu la circumscripția Buceș, județul Hunedoara, se transferă pe data de 15 Februarie 1944, în aceeași calitate în postul de medic al circumscripției Tâncari, jud. Brașov.

Dr. Ion Perlan, medic-șef al circumscripției Sasca-montană și Dr. Ioan Mora, medic-șef al circumscripției Răcășdia, județul Caras, se delegă cu începere dela 15 Februarie 1944, cu organizarea plășilor sanitare Oravița și Bozovici același județ.

Dr. Titeranu Eugenia, medic al circumscripției Mănăstur, județul Severin, transferată la circumscripția Sugag, județul Alba, revine la primul post.

Dr. Nicoară Eugen, medic-primar director provizoriu la spitalul Gh. Mărzescu-Brașov, se transferă pe ziua de 1 Decembrie 1943, medic-primar chirurg provizoriu la Oficiul Asigurărilor sociale Brașov.

D-lui Dr. Paul Dumitrescu, medic-secundar prin concurs la spitalul de chirurgie „Dr. Căndea” din Timișoara, i se menține detașarea la serv. chirurg. dela spitalul Central din Arad.

Sunt vacante următoarele posturi în regiunea sanitară Sibiu:

Medic-primar, specialitatea chirurgie, la spitalul Orăștie, județul Hunedoara.

Medic circ. Pojajena de jos, județul Caraș.

Prin Decizia Min. Sănătății publicată în Monitorul Oficial Nr. 35 din 11 Februarie 1944, spitalul de stat din Orăștie, va funcționa cu 110 paturi, având un serviciu de chirurgie cu 50 paturi și un serviciu de dermato-venerice cu 60 paturi.

Conferințe transformate în catedre. Următoarele conferințe, ocupate de titulari, au fost transformate în catedre în baza recomandărilor făcute de consiliile profesionale și senatele universitare:

Conferința de clinica boalelor contagioase dela facultatea de medicină din Cluj-Sibiu, se transformă în

catedră de clinica boalelor contagioase la aceeași facultate.

Conferința de semiologie obstetricală și gynecologică dela facultatea de medicină din Cluj-Sibiu, se transformă în catedră de semiologie obstetricală și gynecologică, la aceeași facultate.

Conferința de teoria funcțiilor, dela facultatea de științe din București, se transformă în catedră cu titlatura de calcul funcțional, la aceeași facultate.

Titularii conferințelor transformate în catedre vor fi numiți profesori în baza lucrărilor făcute în conformitate cu dispozițiile art. 64 din legea relativă la organizarea învățământului superior și vor intra în funcțiune după ce posturile respective vor fi trecute în buget.

Tabloul de prețuri al extraselor pe formatul 8^o valabil dela 1 Martie 1944.

Numărul paginilor	Extrase pe hârtie satinată de tipar		Coperta obicinuită hârtie culoare										Observație	
	Primele 25 exemplare	Următoarele 25 exemplare	25	50	100	150	200	300	Peste 300 ofertă					
e x e m p l a r e														
L e i			L e i											
4	715	105	545	635	815	995	1175	1535	—	—	—	—	1 pagină din revistă co- respunde cca. la 3 pagini din extras.	
8	905	155												
12	1650	255												
16	1640	250												
Extrase pe hârtie velină			Copertă groasă colorată										Pentru fiecare clișeu se va socoti în plus 40 Lei.	
4	730	120	625	730	940	1150	1360	1780	—	—	—	—		Tablourile etc lipite la extrase se vor socoti în plus.
8	1015	190												
12	1740	305												
16	1730	300												

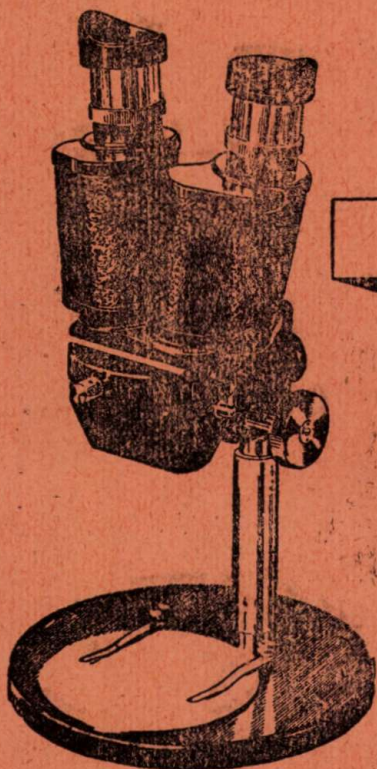


MICROSCOAPE ZEISS

pentru
toate lucrările
științifice

Cataloge și informațiuni gratuite dela
CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pt. România:
Societatea Anonimă de Agentură-Comi-
sion-Import fost Otto & Alfred Herzog
BUCUREȘTI I. Bulavardul Carol I Nr. 48



ZEISS

Lupe

binoculare

cu câmp vizual mare

dau imagini brilante și plastice. Chiar la
lucrări îndelungate, ochii nu obosesc. Exis-
tența diferitelor stativ speciale permite în-
trebuințarea universală a aparatului.
Puterea de mărire dela 3—30 ori.

INFORMAȚIUNI ȘI CATALOAGE GRATUITE DELA

CARL ZEISS JENA



sau dela reprezentanța generală pentru România, Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import, fost Otto & Alfred Herzog,
București I. Bul. Carol I. 48

MALADIA
LUI

PARKINSON

POST-ENCEFALICĂ
NARCOLEPSII
HIPERSOMNII
DEPRESIUNI FIZICE ȘI PSICHICE

Ortédrine

Sulfat de fenil 1-amino-2-propan
Comprimat dozate la 0,005 gr. divizibile în 2

**mărește activitatea
sistemului ortosimpatic**

**mărește activitatea
fizică și intelectuală**

•
POSOLOGIE MEDIE

variabilă după caz

1 LA 2 COMPRIMATE PE ZI

*se începe cu 1 comprimat
mărindu-se doza la nevoie*

ORTEDRINA VA FI ADMINISTRATĂ DE PREFERINȚĂ DIMINEAȚA

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE • MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
PROPAGANDĂ MEDICALĂ: „SPECIA” STR. ANASTASIE SIMU 6-BUCUREȘTI III.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
 Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Conf. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
 obstetricală Cluj-Sibiu,
 str. Haller Nr. 1

Telefon 45



Inviorare intelectuală,
 creșterea sentimentului de forță prin
 acțiune hormonală fiziologică, prin

TESTOVIRON-T

Terapie hormonală *transcutanată* Cercetări experimentale și clinice au dovedit
 că, întrebunțând o soluție potrivită, Testoviron-ul T este absorbit admirabil prin piele.

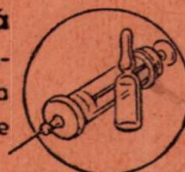
TESTOVIRON-T

Un ambalaj conține 50 mg
 de hormon, mai mult deci
 decât poate fi extras din
 500 Kg. de testicul de taur.



Aplicațiunea transcutanată

de 2 ori 15 picături zilnic, timp de 1 săptămână are acelaș efect ca și administrarea intra-musculară de 2 ori 5-10 mg. pe săptămână.



SCHERING A.G. BERLIN

Codere, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză; intoxicații, paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr.

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PERIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
„	0,10/2 „	—	„ „ 5 „
„	0,50/5 „	—	„ „ 3 „
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
„	0,005/1 „	—	„ „ 6 „
„	0,025/1 „	—	„ „ 3 „
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
„	10.000 .U. I.	„ „ 6 „	1 „
„	50.000 .U. I.	„ „ 3 „	2 „

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**

Preparatul de vitamină K

Hemodal

Indicat în cazurile de diminuare
a cantității de protrombină și
coagulare întârziată a sângelui.

In melenă, hematemeză,
hemoragii ombilicale ale
nouilor născuți și
hemoragii intracraniene.

Ambalaje originale :

Tuburi cu 20 tablete de 10 mgr.

Cutii cu 5 fiole de 1 cmc (10 mgr.)

» *Bayer* «



Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S.A.R. București I, Str. Brezoianu 53

Telefon 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

„Farmacologia în cadrul necesităților terapeutice”: Lecțiunea inaugurală a Prof. Dr. C.C. Velluda, titularul catedrei de Farmacologie, ținută cu studenții anului IV medicină în 20 Noemvrie 1943 Pag. 137

Revistă generală:

Dr. Petre Bruda și Dr. Ioan Bratu: Considerațiuni asupra funcțiunii endocrine a prostatei . . . „ 147

Articole științifice:

- Dr. Ionașiu Liviu, Dr. Lungu Cornel și Dr. Duma Desideriu: Paraplegie spinală spastică familiară a lui Strümpell-Lorrain la doi frați . . . „ 149
- Dr. Constantin Lăpădatu și Dr. Cornel Fogaș: Considerațiuni generale asupra chistului hidatic al rinichiului în legătură cu un caz operat și vindecat . . . „ 151
- O. Fodor: O nouă probă în hepatie . . . „ 155
- Dr. Zeno St. Borza: Studiu anatomo-clinic asupra cazurilor de ocluzii intestinale prin diverticolul lui Meckel, observate în Clinica Chirurgică . . . „ 160
- Dr. Prăgoiu Ioan și Dr. Puiu Vespasian: Considerațiuni asupra fibro-sarcomului traumatic în legătură cu un caz clinic . . . „ 166
- Dr. I. G. Russu și Dr. I. Albu: Vână renală supranumerară dreaptă (traect embrionar persistent — anastomoză reno-cavă și retro-aortică) . . . „ 168
- Dr. O. Munteanu și Dr. V. Cosma: Considerațiuni asupra unui caz de ruptură musculară a psoasului, probabil în urma unei febre tifoide . . . „ 170
- Dr. T. Spătaru și Dr. C. Mircioiu: Câteva considerațiuni asupra trichocefalozei, în legătură cu un caz de apendicită cu trichocefal . . . „ 172
- Dr. Gh. Faur, Dr. Gh. Ioanoviciu și Dr. O. Munteanu: Valoarea vitezei de sedimentare a hematiilor în reumatism . . . „ 175

Probleme terapeutice:

Dr. Degan E., Dr. Mețianu C. și Dr. Faur G.: Tratatamentul recto-sigmoiditelor cu vaccin antitifo-paratific și clisme cu acid tanic . . . „ 179

Probleme de organizare:

Dr. I. Stoichiția: Organizarea învățământului sanitar și administrativ auxiliar . . . „ 183

Medicină școlară:

Dr. I. Stoia: Constatări asupra stării de nutriție și defectelor fizice a elevilor școalelor primare din Circumscripția Codlea (Brașov) . . . „ 190

Activitatea Instituțiilor Sanitare:

Int. V. Crișan: Activitatea spitalicească a Clinicei bolilor contagioase pe anul 1943 . . . „ 193

Revista cărților: . . . „ 196

Prof. Dr. Gh. Banu: Tratat de medicină socială. Vol. III. — Dr. Oct. Fodor: Concepții noi în icterul cataral. — Dr. Valer Barbu: Metoda în Psihiatrie și rolul psihiatriei în medicină.

Note și informațiuni: . . . „ 197

Decrete, deciziuni.

RUBIAZOL

ampoules

comprimés

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE . FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES . SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL
calme instantanément la douleur

• Angines • Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC



„LUTETIA” S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

— SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

„Farmacologia în cadrul necesităților terapeutice”

Lecțiunea inaugurală a Prof. Dr. C. C. VELLUDA, titularul catedrei de Farmacologie, ținută cu studenții anului IV medicină în 20 Noemvrie 1943

Cuvântul d-lui Decan Prof. Dr. V. Papilian

Domnule Rector,

Domnilor Colegi,

Doamnelor și Domnilor,

Am deosebita bucurie să prezint azi înaltea Domniilor voastre ca profesor titular a catedrei de Farmacologie pe iubitul meu elev, colaborator și prieten, Profesorul Constantin Velluda.

Domnia sa face parte din seria acelor entuziaști, care de dragul tinerii universității Clujene au părăsit locul lor de obârșie ca și facultatea care le adăpostise până atunci strădanțiile lor științifice.

Au venit îmboldiți de un mare avânt și asigurați de o mare credință. Au crezut în trădnicia universității Clujene și în frumusețea marelui ei. Și-au luptat alături de tinerii profesori, contribuind astfel la înscăunarea temelnică a acestei școli, în marea cetate spirituală a medicinei mondiale.

D-l Prof. Velluda a urmat pas cu pas toată ierarhia universitară începută încă din 1919 și se vede ajuns azi, după un sfert de secol de muncă și sacrificii — la vârsta de 50 ani — vârsta celor mai mari posibilități creatoare, la treapta ultimă a acestei ierarhii. Viața sa a fost dedicată exclusiv muncii și meditației științifice. În Institutul de anatomie, în serviciul cărui Domnia sa și-a pus toate puterile sufletului său, a activat atât pe teren didactic, cât și pe teren științific. Anatomia umană sub ochii noștri a trăit o epocă revoluționară, n'a rămas cantonată exclusiv la vechea morfologie, ci a devenit o știință aplicată, folosind toate datele observației și toată tehnica experimentului.

Așa se explică de ce D-rul Velluda nu s'a mărginit numai la preocupările morfologice, ci dela început D-sa și-a îndreptat activitatea și pe teren experimental în legătură cu diferitele probleme de fiziologie, biologie, farmacodinamie.

În felul acesta nu e de mirare că lucrările d-lui Prof. Velluda sunt atât de variate, atingând pe de o parte experimentul pe animale, iar pe de altă parte probleme din domeniul biologiei și al medicinei experimentale.

În acest scop, d-l Dr. Velluda a studiat și științele naturale, fiind și licențiat al facultății de științe.

Nici o clipă însă, Domnia sa nu a uitat că este medic și că nu trebuie să plardă contactul cu bolnavul și cu clinica. Numeroasele sale lucrări clinice, ne evidențiază clar, aceste preocupări pur medicale.

Așa se explică bogăția de cunoștințe la care a ajuns D-rul Velluda în atâtea domenii, ce-l situează pe un înalt plan intelectual, bogat în idei și vederi personale.

Aceste însușiri se completează fericit la D-rul Velluda cu încă una, aceea de a fi un ponderat, la care raționamentul și stăpânirea de sine, i-au călăuzit toată activitatea. Spiritul său didactic, unul din cele mai mari daruri ale lui, alături de o facilitare mare de expunere, se asociază valităților științifice, făcând un tot indispensabil profesorului, care nu poate fi numai savant ci și didact.

Cu aceste pregătiri temelnice, cu darurile D-sale înăscute de cercetător și mai ales cu această pasiune pentru științe, sunt siguri că D-sa va ilustra catedra încredințată de către consiliul profesoral.

Iubite coleg și prieten,

Solemnitatea de azi îmi prilejuește unele din cele mai fericite clipe ale vieții mele și cele mai mari emoții, pe care nimeni mai mult ca D-ta nu mi-le poate pricepe mai bine.

Prietenul de care mă leagă timpul asistenței mele dela București, războiul mondial și apoi rezultatul Institutului dela Cluj, a ajuns acolo unde însușirile sale l-au împus.

Sunt fericit ca profesor, sunt fericit ca Decan, sunt fericit ca prieten. Am toată încrederea în capacitatea și puterea Dumitale de muncă. Îți urez ca și împrejurările să-ți fie favorabile pentru ca învățământul Clujan și știința românească să poată trage tot folosul pe care marele Dumitale însuși îl le poate înfăptui.

Domnule Decan,

Cuvintele elogioase cu care m'ați prezentat la această lecție inaugurală, mă onorează, mă mișcă și mă încurajează în același timp, în noua mea sarcină cu care am fost încredințat.

Îmi dau seama bine, Domnule Decan, de această sarcină și de greutatea pe care munca și priceperea mea trebuie să le învingă pentru ca ele să mențină și pe mai departe, cel puțin la același nivel, renumele atât de înalt de care se bucură facultatea noastră.

Vă asigur că, conștient de aceasta, îmi voi uni toate eforturile pentru ca știința Farmacologiei, atât de importantă în învățământul medical să se situeze cu aceeași cinste și cu același prestigiu printre celelalte discipline ale facultății noastre.

Pentru aceasta, Domnule Decan, nu Vă ofer drept garanție, decât cel 24 ani petrecuți neîntrerupt la această facultate, de care m'am legat prin toate fibrele fapturilor mele.

De aceea mulțumindu-Vă, Vă asigur în același timp că încrederea Dv. nu va fi desmințită, depunând și de aci încolo aceeași muncă cu același entuziasm, care m'a ridicat până aici.

Domnule Rector, Domnule Decan, Domnilor Profesori, Doamnelor, Domnișoarelor, Domnilor, iubii studenți,

Când pentru prima oară, în 1919, am părăsit Facultatea din București pentru a veni la Cluj, două cauze m'au determinat la aceasta, ambele sufletești.

Una, a fost plecarea ca profesor de Anatomie la Facultatea din Cluj a prietenului Papilian, de care mă lega câțiva ani de prietenie sinceră și cinstită.

Cealaltă, legată de prima, fusese un legământ pe care-l făcusem cu Papilian încă din cele mai grele timpuri a războiului nostru pentru reintregire, acela de a veni amândoi în Ardeal, la Cluj.

Și deși acest legământ fusese făcut într'un timp când se pregătea celebrul trunchiu al morții, când nici vechea țară aproape nu o mai aveam, cu atât mai puțin Ardealul, optimismul nostru tinerească a învins, noi am avut dreptate, căci peste puțin timp ne-am așezat acolo, unde dreptatea trebuia de mult să ne așeze.

Astfel, încă în 1919 am venit în Ardealul pe care-l visasem când eram mic, pe care-l dorisem când mare fiind, istoria mi-a arătat dreptul meu, dar și datorita mea, pe care apoi l-am volt atunci când și eu

m'am aflat în aceeași încleștare pentru desrobirea lui și pe care apoi l-am avut.

Venit la Cluj, în 1919, am lucrat de atunci neîntrerupt în Institutul de Anatomie al Profesorului Papilian.

Anatomia și concepția anatomică a lui Papilian era însă alta decât cea veche. Dela concepția pur morfologică, Papilian trecuse la cea fiziologică, funcțională-dinamică și experimentală, experimentul constituind o completare necesară în căutarea adevăratei interpretări a formei.

Institutul Domnului-Sale dela studiul omului mort, dela început trecuse la cel al omului viu, om viu ale cărei manifestări căuta să le prindă prin gândirea biologicului și experimentatorului.

Medicina experimentală, Fiziologia, în care în primul rând intrau cercetările diferitelor procese prin ajutorul substanțelor cu acțiune farmacodinamică, apoi sistemul nervos organo-vegetativ, Antropologia, Biologie, ca bază de studii prin care se putea citi toate manifestările organismului viu, a preocupat în deosebi școala lui Papilian.

Din această școală am făcut parte și eu 23 ani

Aci mi-am dezvoltat spiritualitatea mea și mare parte din cultura mea, pe care mi-am îmbogățit-o în atâtea domenii, care făceau preocupările Institutului. Dar mai presus de toate, ideea funcțională și partea experimentală mi-a călăuzit toată activitatea și toate idelle mele, atât în ce privește partea didactică, cât și pe cea științifică. Științele experimentale pe care l-am cultivat aproape un sfert de veac, în toate direcțiile lor, mi-au format judecata în așa fel încât nicio explicație, începând cu clinica de care în calitatea mea de medic, nu m'am depărtat niciodată și până la manifestările vieții, nu le-am făcut decât pe aceste baze.

Această pasiune a mea pentru științele biologice și experimentale, m'a făcut să urmez și Facultatea de Științe, pentru a-mi completa în laboratoarele acestor Facultăți și în contact intim cu ele, dela 1932—1937, cunoștințele mele și astfel a prinde sensul și manifestările vieții și a plantelor și a animalelor și prin ele a înțelege, mai bine, pe cele ale omului, despre care ca medic, mă preocupam în primul rând.

În tot acest timp nu m'am depărtat însă nici un moment de clinică, pe care deși fără a fi ocupat un post la una din ele, totuși în calitatea mea de medic nu am uitat-o niciodată, iar diferitele articole clinice publicate în acest interval pot face oricând dovada acestor activități.

De aceea, în diferitele mele volajuri de studii în străinătate, m'au interesat deopotrivă și experimentele și clinica. Dela Vidal la Lereboullet și Nobecourt, Laine sau Armand Delille, în ce privește clinica la Ancel la

Strasbourg, sau la Gley fiziologul dela Paris, în ce privește partea experimentală.

Idelle lor, metodele lor de lucru, concepțiile lor, ca și a altor multe personalități științifice pe care l-am cunoscut, mi-au servit foarte mult atât pentru cultura mea generală, cât și pentru formarea spiritului meu critic.

Această activitate, în care în primul rând, fiziologia și experimentul au intrat în preocupările mele încă din primii ani, mi-au folosit foarte mult pentru actuala mea situație.

De aceea catedra de Farmacologie cu care am fost onorat, nu constituie decât un alt titlu, dat aceluiași preocupări experimentale, pe care le-am cultivat în tot timpul, căci și la baza Farmacologiei se găsește tot experimentul.

Iar acum când am atins cea mai înaltă treaptă a învățământului, prima recunoștință a mea se îndreaptă către profesorul Papilian, cărui nu-l pot aduce alte mulțumiri decât satisfacția pe care știu că i-o produc văzându-mă în această situație.

Recunoștința mea se îndreaptă în primul rând profesorului, în Institutul cărui și alături de care am învățat multe, formându-mi și creierul și sufletul.

Mediul în care am lucrat cu maestrul Papilian constituia un mediu științific și liberal în același timp și de aceea excepțional de plăcut. Dragostea pe care mi-a arătat-o, atitudinea de înaltă ținută morală și civilizată cu care am fost tratat, în tot acest timp, ca și interesul deosebit cu care mi-a urmărit toată evoluția mea, au constituit pentru mine cele mai plăcute și de multe ori mișcătoare momente, care stau de sigur în săși la baza carierei mele. Ele constituiesc în același timp și un exemplu de relațiile care trebuie să existe între profesor și elev și eu nu vă doresc vouă iubii studenți, care vă veți găsi în curând în situații similare, decât să aveți aceeași parte pe care am avut-o și eu.

Recunoștința mea se mai adresează și prietenului Papilian din 1914, a cărui dragoste clintită și dezinteresată nu s'a desmințit niciodată. Căci 30 ani mă leagă de Papilian, o vleață întreagă de colaborare, de vleață prietenească și spirituală, de necazuri și mai mult de bucurii. Aceștia cred că nu pot fi șterși în nici un fel, căci ei s'au contopit în ființa noastră. Câte idei schimbate, câte mărturisiri, câte necazuri sau bucurii împărtășite nu ne-au răscolțit mintea și inima în acești 30 ani. Ele însă ne-au legat din ce în ce mai strâns și nimeni nu a putut și nu va putea să ne despartă, cu atât mai puțin Farmacologia.

Mulțumirile mele se adresează și de aceea deopotrivă și Decanului și Profesorului și prietenului Papilian.

Recunoștința mea către d-l Rector Hațieganu constituie pentru mine în același timp, cea mai mare datorie de onoare. Înaltul spirit de școală, vederile Dom-

niei-Sale largi, ca și înalta cultură pe care o posedă a sesizat dela început necesitățile Farmacologiei moderne ca știință experimentală, dându-mi tot sprijinul pentru ocuparea acestei catedre. Mulțumirile se adresează deopotrivă: rectorului, prin a cărui concurs am putut ocupa această catedră; președintelui juriului meu de recomandare, dar în același timp și profesorului de Patologie, care susținându-mă la această catedră, mi-a arătat încrederea unei colaborări atât de necesară între Farmacologie și Patologie.

Mulțumesc în același timp d-lui Prof. Moldovan, care m'a onorat cu înalta Domniei-Sale încredere, dându-mi tot concursul atât de prețios și greu în cumpană.

Mulțumesc de asemeni d-lor profesori Manta și Benetato, membri în juriul meu de recomandare, ca și tuturor Domnilor profesori care m'au onorat cu încrederea lor.

Prietenului Bologa, clintit și entuziast îl rămân obligat cu aceeași cinste și același entuziasm, pe care le-a depus pentru mine în această ocazie.

Nu pot să-mi încep cursul fără a aminti de cei, care au clintit 23 ani înaintea mea această catedră.

În primul rând d-l Profesor Petre Nicolescu, actualul profesor de Farmacologie dela Facultatea de Medicină din București, primul titular al acestei catedre din 1919. Vasta sa cultură generală, numele său atât de însemnat ca Farmacolog și Terapeut au colindat fericit cu inaugurarea erei românești. Scurtul timp petrecut la Facultatea noastră — căci în curând va pleca la Iași și apoi la București — nu a trecut fără ca numele său să fie legat de Institut.

Profesorul Gh. Martinescu, decedat în 1936 face să ne gândim cu pietate la sufletul lui tineresc și atât de prietenos, ca și la munca pe care a depus-o în interesul Institutului de Farmacologie. Tot ceea ce — mult puțin — avem azi la Institut se datorește în mare parte lui.

Prin moartea lui, în 1936, catedra suplinită de Prof. Gh. Popovici, Baroni și Dr. Spârchez își continuă activitatea și în refugiu dela Sibiu până la venirea mea la 1 Noiembrie 1942 ca suplinitor și apoi ca titular al catedrei.

Să mă creadă și d-l Prof. Popovici și d-l Prof. Baroni, că mi-au lăsat o grea sarcină pe care ca titular mă volu forța să o pot satisface; pentru a menține astfel Farmacologia în Facultatea noastră la același nivel, la care munca și priceperea Domniei lor au putut-o ridica.

Iubiți studenți,

Medicina este știința omului în stare de boală, dar și de sănătate, iar medicul de azi spune Prof. Hațieganu și Gola în Tratatul lor de Semnologie și Patologie

medicală „trebuie să cunoască și omul sănătos nu numai pe cel bolnav”.

Farmacologia este știința care se ocupă de proprietățile precum și acțiunea substanțelor pe care le numim medicamente asupra organismului sănătos și bolnav.

Terapeutică este arta și știința de a ști să utilizăm aceste substanțe asupra organismului bolnav, pentru a-l vindeca.

Legătura între medicină, farmacologie și terapeutică este atât de intimă, încât nu se pot separa în nici un fel, din acest complex.

În evoluția medicinei nu totdeauna au existat ca studii necesare Fiziologia, Histologia, Chimia, Bacteriologia, Laboratorul și atâtea alte discipline în multiplele domenii de care suntem preocupați azi în medicina modernă; aceea care a existat însă totdeauna, mergând paralel și inseparabil de medicină a fost de sigur Farmacologia, prima apărută ca știință a cunoașterii efectelor vindecătoare a atâtor droguri necesare omului primitiv a-și trata în primul rând suferințele înaintea oricărei alte preocupări medicale, precum și a teraputice — arta de a le folosi. Dela început ele au evoluat cu totul inseparabil, confundându-se și reprezentând aproape singure mult timp toată medicina.

Priviți animalele, ele singure când sunt bolnave caută terburile cele mai potrivite stărei lor, alegând din atâtea numai pe cele folositoare; și ca și ele omul în primitivitatea lui făcea la fel. Cu căutarea acestor droguri vindecătoare, începe însă medicina prin Farmacologie și Terapeutică, ca o necesitate de persistență însăși a omului. Iar dacă azi Anatomia, Histologia și Fiziologia și Chimia constituie baza piramidei pe care s'au înălțat treptat celelalte științe care au îmbogățit și împodobit uneori chiar prea pompos medicina — vârful acestui piramidă, trebuie să fie ocupat de farmacologie și de sora ei gemenă univitelă — Terapeutică, acestea constituind și sinteza și concluzia medicinei și mai mult decât atât însăși rațiunea de existență a medicinei.

În definitiv, învățăm atâtea discipline, dela Anatomie, Fiziologie, Histologie, Chimie ca științe fundamentale până la Semiologie, Patologie, Anatomie patologică, etc. pentru ce? Cred că numai pentru ultimul și singurul motiv acela de a ști trata și vindeca o boală și prin aceasta omul. Altă rațiune nu există; și cu toate acestea există, căci desconsiderația și neatenția cu care este încă tratată Farmacologia și cu ea Terapeutică, demonstrează că nu toți sunt de aceeași părere.

Unii clinicieni, diagnosticieni sau anatomo-patologi remarcabili spune Martinet „nu au pentru terapeutică decât disprețul dela înălțime ca și chirurgii de odinioară pentru bărbierii, aceștia apreciind terapeutică ca o artă inferioară” și mai adaug eu, ca medicii de odi-

nioară pentru chirurgii sub motivul că aceștia nu făceau știință ci numai tratau.

Aceste constatări sunt și mai vechi și mai multe, iar Bouchard în această privință spunea sarcastic „grija de a stabili un diagnostic, de a studia leziunile cadaverice reprezintă scopul medicinei, a trata, nemai fiind decât o concesie a exigențelor și prejudecăților publicului, o obligație neoportună pe care o îndeplănim ca o concesie, în grabă și superficial, ca un adevărat ceremonial”.

Și așa este; grija de a pune un diagnostic ne preocupă și pentru aceasta nu cruzăm niciun efort, profitând de tot ce știința modernă ne pune la dispoziție și impiegând uneori investigațiile dincolo de necesar, numai pentru satisfacerea adesea mai mult a noastră ca a bolnavului. Odată diagnosticul pus, nu ne mai interesează mai departe, aceasta constituind un act secundar fără importanță pentru noi, ci numai pentru bolnav care așteaptă de multe ori cu sufletul la gură decizia noastră.

Nu ctează de asemeni Martinet pe un șef de clinică care spunea: „mediocritatea unei facultăți e proporțională cu numărul de teze de terapeutică pe care le-a susținut”.

Aceeași situație o găsim și în Germania unde între alții L'powski dela Berlin în lucrarea sa relativ recentă „Moderne Pharmakotherapie” se exprima astfel: „În clădirea modernă a medicinei un etaj întreg aparține etiologiei, un alt etaj anatomiei patologice și investigațiilor științifice, un alt etaj diagnozei și prognozei și o cameruță numai într'un modest apartament dela mansardă aparține și modestel terapii”.

Aceeași situație o găsim și în alte state denotând dacă nu o cauză comună, dar o situație comună.

Și iacă Farmacologia desconsiderată și împreună cu ea terapeutică, trecute în categoria II-a și erl ca și azi.

De sigur, că evoluția științelor în general și a celor biologice în special au pasionat spiritul de știință a medicului, iar curiozitatea de a ști mai mult, de a cunoaște mai mult l-au produs satisfacția omului de știință, mulțumindu-l și pe el și medicina, care astfel a putut progresa tocmai grație acestui pasiuni. În același timp însă, această pasiune l-a deformat spiritul, devinându-l dela adevărata menire, acela de a-l utiliza și pentru bolnav și nu numai pentru satisfacția lui.

Terapeutică în schimb care-l produce multe eșecuri, pe care nu o putea manevra cum voia el, precum și lipsa de baze științifice sigure nu-i putea satisface de cele mai multe ori, pretențiile lui spirituale, de aceea nu-l acorda tocmai din această cauză, considerația științifică suficientă.

Organismul omului cu reacțiile individuale atât de variate la acțiunea unui medicament, cu apariția de multiple surprize în cursul tratamentului desminte mereu presupunerile lui, iar știința lui savantă adunată cu

atâta trudă și cu atâta pasiune în multe nopți de veghe, nu-l aducea rezultate dorite; din contra de cele mai multe ori, organismul făcea mai mult ca el, bolnavul se vindeca și fără el, „*natura medicatrix*“. Astfel încât, pe de o parte medicul savant nu are a se mai pasiiona pentru terapeutică, căci acestuia îi lipsesc premisele adevăratelor științe, pasiunea lui îndreptându-se spre acelea care satisfac mai imediat prin rezultatul lor spiritul lui de cercetător.

Medicul practicant pe de altă parte devine un sceptic, acest scepticism cu care profesorul Savy în 1927 își inaugurează cursul său la Facultatea de medicină din Lyon, tocmai cu „*Scepticismul în terapeutică*“ reliefând și el ca și alții această latură actuală a problemei.

Specialitățile pe de altă parte prin reclama, comercializarea și folosința lor și de bolnavi singuri și de medici, cu și fără nicio rațiune nu fac decât să degradeze și mai mult valoarea Farmacologiei și cu ea și a terapiei sub orice nivel științific.

Evoluția științelor experimentale cu Haller, Magendî și Claude Bernard în fiziologie, dezvoltarea chimiei, începând deja cu Van Helmont, Stahl și mai ales cu Lavoisier și Liebig, progresele enorme pe care le-a făcut fizica, începând cu Volta și Amper, apariția erii Pasteurului ca și a teoriilor atomistice moderne, au pus un fundament din ce în ce mai solid științelor experimentale și prin ele și Farmacologiei ca știință și ea tot experimentală. De aceea, Farmacologia nu mai trebuie considerată ca vechea „*Materie Medica*“, care se rezuma la cunoașterea, descrierea, pregătirea și folosirea drogurilor, căci ea a evoluat paralel cu celelalte științe experimentale care l-au favorizat dezvoltarea creându-i solide fundamente, după cum la rândul ei și ea a contribuit la dezvoltarea altora.

Din acest ultim punct de vedere, amintim fiziologia, care a putut progresa în mare parte, grație diferitelor substanțe cu acțiune farmacodinamică pe care le-a folosit în diferitele ei cercetări. Dacă nu am aminti decât sistemul organo-vegetativ, acest sistem care domină aproape în întreg toate actele noastre organice și care s'a făcut cunoscut în primul rând prin aceste cercetări de Farmacodinamie dela nicotina lui Langley la atropină, adrenalina, etc. ar fi suficient a ne da seama de aportul pe care Farmacologia l-a adus fiziologiei. Exemple de acestea sunt multiple și în alte discipline: chimie, medicina experimentală, laborator și chiar semiologie, în ce privește unele mijloace de investigație și diagnostic prin folosirea diferitelor acțiuni farmacodinamice ca: proba la atropină, adrenalina, albastru de metilen, etc.

Astfel că, Farmacologia de unde la început cuprindea și Farmacia, azi există compartimentată prin progresele și necesitățile ei științifice în mai multe ramuri, unde alături de „*Materia medica*“ denumită azi

și „*Farmacognozie*“ s'a dezvoltat impusă de noile ei cerințe experimentale „*Farmacodinamia*“.

De unde prima „*Materie medica*“ era o știință pur morfologică și descriptivă, ocupându-se cu cunoașterea drogurilor, mai ales a „plantelor“, cu proveniența lor și numai cu totul secundar și empiric și cu acțiunea lor; cea de a 2-a „*Farmacodinamia*“ are a se ocupa cu acțiunea fiziologică a diferitelor substanțe asupra organismului, cu modalitatea acestei acțiuni asupra aparatului, funcțiunii, organului sau țesutului, cu principiul activ care va acționa asupra acestora, pătrunzând astfel din ce în ce mai intim în procesele fizico-chimice care au a se desfășura în țesuturi sub acțiunea acestor substanțe, pentru ca, cunoscându-le să poată restabili o funcțiune deviată dela normal.

Prin partea de farmacodinamie, Farmacologia a pătruns astfel în domeniul științific al fiziologiei și biochimiei, constituind ea singură azi aproape toată farmacologia propriu zisă.

De aceea Farmacologia, azi prin aceste preocupări ale ei, este astfel o știință pur experimentală, folosind aceleași metode pe care le folosește și fiziologia sau biochimia. Rezultatele ei sunt de aceea cu totul obiective și supuse verificărilor ca ori ce știință experimentală.

Ea e considerată azi tocmai de acela ca o știință făcând parte din Biologie, ca o ramură a fiziologiei, iar școala Germană și Engleză o și numește Farmacologie experimentală, în loc de Farmacodinamie, termen folosit de francezi și de neolatini.

Dar pe când fiziologia studiază funcțiunile organismului viu în stare normală și naturală pentru ca apoi prin ele să cunoască condițiile și legile de funcționare normală a întregului organism, Farmacologia studiază reacțiile aceluiași funcțiunii, sub influența diferitelor substanțe, căutând ca prin aceasta să poată reechilibra la nevoie funcțiunile deviate dela normal.

Este incontestabil că ceea ce urmărim prin administrarea de medicamente este readucerea la normal a unei funcțiuni deviate.

Funcțiunile deviate pe care căutăm a le restabili nu sunt decât consecința unei lupte între organe care tind să-și conserve integritatea vitală pe de o parte și diferiți agenți străini care caută să o turbure. Viteza fiziologică, spune Grasset „nu e decât o luptă perpetuă“ iar victoria „aparține omului sănătos“. De aceea viteza normală fiziologică nu constituie decât decât o victorie perpetuă.

A cunoaște modalitatea sau mai bine modalitățile acestei lupte, armele ei de atac, căile și influența asupra unuia sau a mai multor organe, mijloacele de reacțiune posibilitatea de rezistență, este idealul către care trebuie să tindem în căutarea ajutorului celui mai eficient, prin administrarea remediilor noastre.

Se verifică deci dictonul „a cunoaște mai înăl organismul normal pentru a putea cunoaște și trata pe cel bolnav”.

Fiziologia de acela apare pe primul plan al preocupărilor Farmacologiei, iar gândirea farmacologului trebuie să fie în primul rând fiziologică.

Farmacologia însă, deși bazată pe fiziologie în cercetările ei, tendințele ei diferă, întru cât acțiunile substanțelor aplicate în scop terapeutic se vor referi la reacții anormale, care nasc și se petrec într'un mediu anormal, intoxicat, pe a căror reacțiune de adaptare sau de apărare nu mai putem conta. Substanțele care intră în compoziția medicamentelor avem a le administra deci nu organismului sănătos ci celui bolnav, iar reacțiunile acestuia din urmă diferă de celui sănătos. În timp ce unele funcțiuni sunt alterate, altele rămân intacte, unele din ele devin alterate prin acțiunea agenților nocivi, iar altele numai prin ruperea echilibrului funcțional care le lega de cele alterate. Se naște astfel un complex de turburări în care trebuie să deosebim leziunile organice de turburările funcționale. Noțiunile de fiziologie trebuie înțelese deci cu cele de patologie, ajungând astfel la concepția fiziopatologică nu numai în clinică unde azi suntem conduși cum spune Prof. Hațieganu și Gola, de o gândire fiziopatologică nu numai în Terapeutică, unde Grasset a avut mult de luptat în susținerea acestui concept, dar chiar în farmacologie unde găsim mare parte din școala farmacologică germană în frunte cu bătrânul H. Meyer dela Viena.

De aceea, gândirea Farmacologului și Terapeutului modern din fiziologică trebuie să se transforme în fiziopatologică.

Cum experimentele de fiziologie ne înțiază numai asupra organismului normal, experimentele de farmacodinamie trebuie să se adreseze de aceea și organismului bolnav, căci acțiunea substanțelor trebuie — după cum am văzut — să o aplicăm nu organismului normal, ci celui bolnav. De altfel se cunosc o serie de substanțe care nu acționează decât asupra unora din funcțiuni, numai când acestea sunt alterate; din contră când acestea nu prezintă nicio turburare funcțională, efectul acestor substanțe în dozele lor terapeutice rămân fără nicio semnificație. Astfel: antipteticele acționează numai în caz de hipertermie, digitala numai asupra unui miocard bolnav, diureticele numai în cazul unei deficiențe urinare, medicamentele specifice ca mercurul, arsenicul, sulfamidele, chinina, serurile, etc. numai în prezența agentului specific corespunzător. Cât privesc efectele lor de acțiune fiziologică normală, acestea sunt minime, cu totul secundare și fără nicio semnificație și utilitate pentru necesitățile noastre terapeutice. Apare deci necesitatea în Farmacologie de a crea experimental sindrome și stări patologice, asupra cărora experimentele noastre trebuie să cerceteze acțiunea substanțelor.

Este de fapt ultimul cuvânt, cuvântul de azi, în Farmacologie ca știință experimentală de aplicație practică. De aceea experimentele pe animale trebuie să producă sindromuri patologice diverse, prin: extirpări, infectări, devieri dela funcțiunile normale.

Pentru a putea dovedi acțiunea unor substanțe asupra diferitelor organe e necesar uneori să le izolăm operator, fie lăsându-le parțial în legătură cu organismul prin vase sau nervi, fie izolându-le complet de orice legături vasculare și nervoase, lăsându-le numai sub influența elementelor lor constitutive locale. Prin aceste mijloace s'a putut studia diferite acțiuni pe anse intestinale izolate, pe inimă, nervi, mușchi, vase sau s'a creat circulația numită încrucișată, sau în fine s'a studiat diferitele efecte pe organe cu totul scoase din organism ca inimă-plămân, inimă, uter, rinichi, sau efecte după extirpări de ganglioni și plexuri. Cunoștințele atât de avansate pe care le avem azi asupra cardiacelor de exemplu în frunte cu digitala, a diureticelor, a vasomotoarelor, a celor cu acțiune musculară se datorește numai acestor procedee operatorii experimentale.

Un farmacolog trebuie de aceea să cunoască bine și Anatomia, pentru ca prin cunoștințele sale să poată interveni operator sau să creeze operațiile ori de câte ori necesitatea experienței o cere, să fie în același timp și un fiziolog pentru a-și explica complexul de funcțiuni survenite, devenind astfel un intim colaborator al patologicului și clinicianului, căci dacă aceștia pun indicații, experimentatorul anatom-fiziolog și farmacolog sunt acela care le va rezolva. Fără această colaborare multe din medicamentele folosite empiric în medicină nu ar fi fost cunoscute în principiile lor active și făcute mai utilizabile și multe din substanțele studiate farmacologic nu și-ar fi aflat utilitatea lor practică.

Farmacologia nu se poate dispensa de asemenea de chimie și deși poate e exagerat să spunem ca Pelletan că: *chimia a introdus știința în fiziologie*, sau ca Grasset, care la unul din cursurile lui spunea entuziast „*prevăd momentul când era chimiei biologice va succeda epocii microbiologiei*”, trebuie să recunoască aportul covârșitor pe care chimia modernă l-a adus fiziologiei și prin ea farmacodinamiei, ca o ramură a ei. Astăzi chimia jonglând cu nucleii și radicalii pe care l-a putut amputa și scinda, izola sau suda, a izbutit a produce o serie de corpuri noi, a căror acțiune domină toată terapia modernă.

Dacă am studia numai istoricul arsenicului cu compuşii lui, atât de atulizate azi, pe cel mai recent al sulfamidelor sau sintetizarea vitaminelor sau a produselor endocrine, ar fi suficient numai a ne face o idee de legătură din ce în ce mai strânsă dintre farmacologie și chimie. S'ar vedea atunci cum chimia a făcut utilizabile o serie de produși toxici, cum a inventat alții noi, iar la rândul ei cum farmacodinamia experimen-

tându-l le-a putut constata nolle proprietăți și avantaje, întorcându-l definitiv în arsenalul terapeutic.

Astfel de exemple, plecând dela Atoxil, un produs arsenical netoxic, obținut pentru prima oară de Bechamp și trecând prin o serie de corpi intermediari, chimia ajunge la salvarsanul și apoi la neosalvarsanul lui Erllich, unde lucrările de chimie se găsesc pe aceeași linie cu cele de farmacodinamie. Exemplul arsenicului poate fi urmat de cel al antimoniului introdus în terapeutică încă de Paracelse, părăsit și reluat în ultimul timp de chimiști și concomitent de farmacologi cu Roehl sau Etcholtz, ducând la prepararea de produși care domină azi tratamentul tripanosomiaselor și altor maladii parazitare tropicale.

Aceeași fructuoasă colaborare a dus astfel treptat la crearea a numeroase produse sintetice ce domină azi terapeutică modernă. Astfel în 1929 Rabe sintetizează chinina, înlocuind ca efecte asupra malariei de un alt produs sintetic Plasmochina și Atebrina, la obținerea cărora găsim numele chimiștilor ca: Schuleman, Schönhöfer, Wincler, Muas și Mietzsch și farmacologilor Roehl și Kikuth. Aceleași experiențe de farmacodinamie alături de cele de chimie au introdus nu de mult în terapeutică nucleosizii, produși chimici de origine tisulară sau vitaminele și hormonii sintetici sau obținuți cristalizați. Amintesc astfel adrenalina sintetizată de Stolz cu toți derivații ei sintetici: adrenalinolul, noradrenalina, simpatulul, obținute prin înlocuirea unora din radicalii adrenalinei, apoi insulina, tiroxina, folliculina sau în domeniul vitaminelor obținerea cristalizată a vitaminelor C și B, ca și sintetică a vitaminei C. Toate acestea au influențat adânc mersul actual al terapiei diferitelor afecțiuni. Dacă ne-am gândi numai la vindecarea actuală a sifilisului și a malariei, la ameliorarea diabetului, la ameliorarea sau vindecarea maladiilor prin carență ca și atâtor altor maladii am înțeles și mai bine colaborarea între farmacologie și chimie. În ultimii ani, aceeași colaborare între chimiștii Klarer și Mietzsch, care prepară pentru prima oară sulfamida și Prof. Domagk, care îl evidențiază acțiunea curativă, ca și altele din ce în ce mai întinse în această privință, ne-a dus la prepararea întregului arsenal sulfamidic de care dispunem azi, când terapia infecțiilor a intrat într-o nouă epocă de progres.

De aceea dacă acțiunea empirică a medicamentelor existente până în secolul al XIX-lea a succedat acțiunea lor științifică și dirijată, revoluționând terapeutică, o datorăm tocmai acestor colaborări între chimie și farmacodinamie ca ramură a fiziologiei sau medicinei experimentale. Totdeauna aceste discipline au fost apropiate servindu-se una pe alta, niciodată însă ca azi, cum spunea Prof. Hörlein în 1932 la un congres din Wiesbaden chimia nu a servit ca bază studiilor medicale și niciodată problemele medicale nu au arătat

atâta interes pentru chimia de azi, căci pe când până de curând relațiile între chimie și farmacologie nu se rezumau decât la cunoscuta chimie farmaceutică, în ultimul timp orizontul de activitate a acestora s'a lărgit cu contribuția ei la cercetarea activității vitale a organismului transformându-se în chimie fiziologică, iar din colaborarea cu farmacologia a luat naștere chimia terapeutică sau chimioterapie.

În această colaborare inițială aparține când uneia sau alteia. Când chimia produce corpi noi, pe care farmacodinamia le studiază efectele lor fizioterapice, când invers farmacologia studiază diferitele substanțe naturale a căror principii active le cere chimiei să le lămurească, și să le izoleze. În orice caz fără experiențele de farmacodinamie, produsele chimiei nu ar fi putut fi introduse în arsenalul terapeutic.

În ceea ce privește Institutul de Farmacologie a Facultății noastre am marea satisfacție ca titular al ei c'am izbutit să bugetez un post de asistent chimist, grație înaltului spirit înțelegător al Rectorului nostru Prof. Dr. Hașeganu, prin a cărui stăruință l-am putut obține; astfel încât și Institutul nostru să poată satisface această necesitate de colaborare care s'a dovedit atât necesară și fructuoasă. Acest post îmi va fi cu atât mai util, cu cât am intenția a întreprinde cercetările de laborator asupra unora din plantele cunoscute de medicina populară, această comoară terapeutică insuficient sau deloc cercetată și atât de desconsiderată de medici. Ea trebuie exploatată prin studii de farmacodinamie și chimie, pentru ca efectele empirice să le punem pe baze științifice; căci și aici dacă clinicianul pune indicații pe baza observațiilor, farmacologul este acela care le rezolvă.

Legăturile deci solide pe care farmacologia și în special Farmacodinamia le are contractate cu Anatomia, Fiziologia, Chimia și Medicina experimentală o trece în categoria științelor experimentale celor mai pure și obiective, care poate fi supusă totdeauna verificării. Vechea știință empirică a drogurilor s'a transformat astfel într-o știință biologică independentă și bine delimitată atât ca metode, cât și ca scop final, devenind astfel o știință nu numai utilă dar indispensabilă în studiul medicinei și deci a sănătății publice. De aceea ținând seamă și de valoarea ei științifică și mai ales de scopul ei practic, ea se situează pe primul plan, ca o disciplină fundamentală în studiul medicinei.

Ar fi însă o greșeală, o mare greșeală dacă în calitate noastră de oameni de laborator și experiențe ne-am lăsa seduși numai de partea pur teoretică și experimentală, afirmând și generalizând cele constatate de noi în laborator pe animale, cu cele care vor avea loc asupra bolnavului mai înainte ca partea clinică să-și fi spus părerea. Clinica în ce privește partea practică

de eficacitate și aplicare terapeutică are aci ultimul cuvânt. Numai după observații obiective și îndelungate, numai după ce statistica și coroborarea diferitelor date și observațiunilor ne-a înfățișat adevăratul efect util al unui preparat, acesta trece definitiv în arsenalul terapeutic uman. Dacă în cele mai multe cazuri există o identitate de acțiune, sau foarte apropiate, între cele constatate pe animale și pe om în alte cazuri însă există mari diferențe de care trebuie să ținem seama. Astfel ca un exemplu numai, citez cazul publicat în revista engleză „The Lancet” al medicilor *Douglas Firth* și *R. Bentley* care au constatat cazuri grave de intoxicație cu atropina într-o familie care consumase carne de epure. Analiza dovedește o cantitate mare de atropină în carnea epurilor, care se alimentase bogat dintr-un lan de beladona, fără ca aceștia să fi suferit aceleași efecte ca omul. Efectele colagoage ale calomelului în anumite doze constatate de clinică și folosit de mulțorii pentru acest efect, nu sunt verificate de experimentele farmacodinamice pe animale.

Constatările pe care Domagk le-a făcut pe șoareci, asupra efectelor prontosilului în streptococi, nu au fost aplicate, ca și restul sulfamidelor de altfel, decât după ce constatările și numeroasele statistici nu au confirmat același efect și la om.

Colaborarea între farmacologie și clinică este de aceea indispensabilă și fără o acțiune comună cercetările noastre experimentale rămân simple teorii, fără nicio aplicare, căci numai la patul bolnavului învățăm terapia practică.

Această colaborare intimă dintre farmacologie și clinică, dintre rezultatele experimentelor de farmacodinamie și aplicarea practică la om a dus la crearea termenului de „*Farmacoterapie*”. Acest termen în înțelesul lui strict ar traduce aplicarea terapeutică a tuturor drogurilor cunoscute în arta de a vindeca indiferent dacă acțiunea lor a fost sau nu cercetată experimental. Cum acest termen e prea larg și nu exprimă corect o gândire științifică, eu întrebuițez de „*Farmacodinamie aplicată*”, care exprimând ideea științifică a aplicării terapiei a substanțelor cu acțiune experimentală studiată e mult mai potrivit.

...

Din expunerea de până acum a rezultat colaborarea farmacologiei, cu științele experimentale care-i constituie partea ei teoretică, fundamentul farmacodinamiei și cu clinica care-i oferă verificarea ei practică.

Dar farmacognozia știința cunoașterii și descrierii drogurilor despre care am amintit? Aceasta făcând parte integrantă din farmacologie nu poate fi de loc neglijată.

Intr'un timp când farmacodinamia nu se dezvoltase atât de mult, farmacognozia ocupa aproape în in-

termediu studiul farmacologic. A recunoaște plantele și diferitele alte droguri, a recunoaște proprietățile lor, proveniența lor, modul lor de separare, etc. făcea parte însemnată din învățământul farmacologic și aceasta nu la Farmacie unde ea constituie și azi o disciplină aparte foarte importantă, dar la medicină unde mulți din medici mai bătrâni au învățat sub acest regim. De altfel în multe state, între care și Germania, farmacognozia ocupă și acum în loc de frunte în învățământul medical farmacologic, la multe din ele constituind o disciplină aparte.

Pentru priceperea acestel părți, farmacologia apelează la cunoștințele botanice și mai ales la cele de anatomie vegetală, fără de care nu se poate concepe farmacognozia precum și la Zoologie și Mineralogie pentru produsele ei animale sau minerale. Astăzi importanța ei în învățământul medical a diminuat, înlocuit prin cel al farmacodinamiei — care a trecut pe primul plan.

În fine tot de Farmacologie ține ramura numită *Toxicologie*. Pe când anatomul patolog se ocupă de leziunile provocate de toxic, chimistul de constituția toxicului și antidotului respectiv, iar medicul legist de împrejurările intoxicației, farmacologul studiază efectele farmacodinamice a toxicului, oferind clinicianului semnele pentru a recunoaște toxicul și a interveni cu antidotul corespunzător, studiat și pus la dispoziție tot de farmacolog.

Ca și farmacognozia, necesitățile au îmbogățit și dezvoltat și această ramură ca o disciplină uneori independentă sau atașată altor catedre. Fundamentul ei științific aparține însă farmacologiei căci numai partea de farmacodinamie este capabilă de a oferi medicului elementele necesare cunoașterii și combaterii unei intoxicații care face importanța acestei discipline și aceasta cu atât mai mult cu cât toate medicamentele sunt și toxice și toate toxicele sunt și medicamente, totul depinde de doza administrată.

...

Iată de ce constituția și preocupările Farmacologiei moderne devin azi prin aceste preocupări o farmacologie Fertică, ea după cum vedem îmbrățișează un câmp destul de vast de cunoștințe, iar terapia care constituie după cum am spus scopul și concluzia farmacologiei, trebuie să cunoască și să țină seamă în cea mai mare parte de ele.

În același timp însă preocupările uneori rapide a acestora au transformat terapia într-o știință complexă și nesigură. Aceasta nu a rămas mai puțin însă o știință și medicul ca și pentru toate celelalte trebuie să țină în curent cu evoluția bazelor ei științifice.

De aceea ori cât de complexă ar părea ea, rămâne totuși clară, dacă se va cunoaște acțiunea fiziolo-

logică a diferitelor substanțe pe care medicul are a le folosi, precum și particularitățile acestei acțiuni, după ce le-a filtrat și prin capacitatea cunoștințelor lui medicale.

Înainte de a înculpa farmacologia și terapeutila și a le desconsidera după cum am văzut, sub motivul că rezultatele sunt totdeauna dubioase, trebuie să ne întrebăm și pe noi; Oare pregătirea noastră științifică medicală să găsește ea suficient la înălțimea necesară? Oare la aceste eșecuri nu suntem noi de vină? Căci nu datele medicale ne lipsesc ci aproape totdeauna noi nu ținem seama de ele, pentru că le desconsiderăm sau pentru că nu le mai știm.

Ține medicul seamă de datele științifice ale farmacologiei, relativ la medicamentele pe care are a le prescrie? Ia el în considerare de asemeni complexul de funcțiuni fiziologice turburate, pe care tinde să le readucă la normal prin aplicarea efectelor studiate de farmacologie, prin unele droguri? Grasset spunea: „Terapeutila unui medic valorează cât valorează și patologia lui generală”, modificând-o apoi în urma unei polemici la: „Terapeutila unei epoci, valorează atâta cât valorează și patologia generală a unei epoci”. Azi, ori cât a fost criticat Grasset prin afirmațiile de mai sus, nu putem nega că rezultatul terapeutic nu ar fi în funcție de capacitatea științifică a medicului în cunoștințele lui generale de fiziologie și patologii, adică în fizio-patologii, baza însăși a aplicării științifice a unui drog. Căci tendințele farmacologiei și terapeutilor moderne se bazează după cum am mai spus tocmai pe datele fizio-patologiei și a patologiei experimentale. „Progresele patologiei experimentale de azi sunt progresele farmacologiei și terapiei de mâine” spune foarte just farmacologul Meyer și Gottlieb.

Cu toate acestea terapeutila a rămas, trebuie să recunoaștem, încă nesigură, pentru că dacă teoretic putem vorbi în sensul celor de mai sus, practic există încă multe necunoscute care face ca terapeutila să fie încă nesigură în cele mai multe cazuri. La acestea însă, nu trebuie să mai adăugăm și noi neștiința noastră, desconsiderând ceea ce farmacologia ne oferă prin constatările ei experimentale.

Iubiți studenți,

În sensul și în înțelesul celor de mai sus, farmacologia apare pe cât de importantă pe atât de vastă și de sigur că practic vorbind ar fi imposibil ca într'un singur an, câți sunt destinați învățământului farmacologic la facultatea noastră, să se poată expune și să se poată asimila, toate cunoștințele.

De aceea părăsind vechea tradiție voiți reduce farmacognozia rezumându-mă la expunerea practică a celor mai importante dintre plante și alte substanțe, numai în cadrul lucrărilor. Prin aceasta nu vreau să diminuez

importanța acestor ramuri în ce privește multe cunoștințe descriptive, folosite de medicul, privind diferitele droguri și mai ales a plantelor, unde medicul în mediul rural s'ar putea ocupa în special cu ele. De altfel aceasta este în parte și justificarea importanței care i se acordă la unele facultăți străine unde farmacologia ocupă însă doi ani de studii. Pentru aceste preocupări, botanicii ar trebui să i se dea mai multă atenție, reintroducându-se în studiul medicinei cum a mai fost, cu condiția de a se insista asupra anatomiei vegetale și în general a se face o botanică medicală propriu zisă. Cum nu ne găsim în condițiile acestea, necesitatea face să reducem mult farmacognozia. Cunoștințele indispensabile vor fi expuse însă nu numai la lucrări dar și la curs, când necesitatea o va cere.

Voi acorda însă cea mai mare atenție farmacodinamiei, ca bază și rațiune științifică a farmacologiei. A nu cunoaște acțiunea fiziologică a unei substanțe este a ne întoarce cu secole înapoi și a o folosi empiric.

Voi insista în special asupra substanțelor celor mai uzuale, acelea pe care orice medic le va întâlni în practica lui, iar lecțiile le voi începe cu acelea care vor corespunde materiei dezvoltate la clinica medicală în anul respectiv. Doresc ca prin aceasta să existe o concordanță cât mai perfectă între clinică și farmacologie, între ceea ce veți învăța acolo despre anumite maladii și partea corespunzătoare a substanțelor folosite de terapeutila respectivă.

Orice substanță, orice medicament, fie otrăvă, acționează asupra unui țesut, organ, sistem sau aparat, asupra anumitor centruri anatomice, având anumite căi de transmitere pentru a-și evidenția efectele, centrul și căile sistemului vegetativ fiind cele mai des utilizate. Noțiunile de anatomie necesare vor trebui de aceea indispensabile redate, cerute fiind de o înțelegere a multor procese farmacodinamice. Doza, felul de a influența un aparat sau altul, modalitatea acestei influențe, efectele obținute în funcțiune de doză și timp, acumularea medicamentelor, fenomenele de sinergie sau de incompatibilitate, sau în fine eliminarea lor din organism, ne duce la reluarea fiziologiei, introducându-ne în probleme noi, care au la bază de fapt tot fiziologia, învățată de D-voastră. Prin ea ne vom putea explica însă și interpreta o serie de fapte care ne vor duce la o terapeutilă științifică nu la una empirică.

De aceea ținând seamă de acestea, lecțiunile totdeauna vor fi precedate de considerațiile de anatomie și fiziologie, pe care le voi crede utile subiectului, după cum ele vor fi însoțite de asemeni și de noțiunile de chimie, cu datele și formulele necesare, atunci când ele vor fi necesare.

Numai după ce vom cunoaște farmacodinamia substanțelor pentru care vom fi apelat la anatomie, fiziologie, chimie, vom trece în partea finală la folosirea

în practică a drogului, care nu e decât aplicarea efectelor unei substanțe constatate prin cercetările de farmacodinamie — o farmacodinamie aplicată, cum trebuie numită. Pentru aceasta vom înceta expunerea totdeauna exemplificând modalitatea prescrierii substanțelor respective.

Veți înțelege de asemeni că pentru a prescrie un medicament, trebuie să posedăm în memorie o serie de date în ce privește organul asupra cărui acționează, efectele lui în funcție de dozaj și timp, calea de administrat, doza maximă peste care substanța devine toxică, etc.

Este ceea ce medicul de azi știe cel mai puțin sau chiar de loc. Înainte vreme, atunci când medicina nu se comercializase și medicamentele în toate combinațiile lor posibile nu erau din fabrică sub denumirea de specialități, fiecare medic prescria singur medicamentele. El știa pe din afară proprietățile, dozajul, incompatibilitățile și efectele fiecărei substanțe, pe care apoi le asocia după caz și posibilitățile lui intelectuale. Era ceea ce se numește „*Arta de a formula*“. S'a uitat însă că tratăm bolnavul și nu boala, pentru că folosind în mod cu totul abuziv și defectuos tot arsenalul de specialități să neglijăm continuu această parte, pentru ca azi să fie uitată complet de tineretul medical. Abia cel mai bătrân și mai formulează azi, iar arta de a formula „această aristocrație a terapiei“ cum o numește Loeper să fie „ca multe aristocrații într-o deplorabilă decadență“.

De aceea vom da cea mai mare importanță acestor părți, insistând ca fiecare dintre D-voastră să poată prescrie cel puțin pe cele mai uzuale dintre medicamente, pentru că numai astfel vom putea încorona studiul farmacologiei, contrar veți rămâne pur teoreticieni, uitând la sfârșitul școlarității și puținul ce-l mai știți. Pentru aceasta vom face ore speciale de seminar, în care să învețe a prescrie un medicament și a formula corect o rețetă.

Nu e științific și nu trebuie să aveți cum fac unii medici, rețetele gata pentru anumite maladii, „o terapie de saltar“ cum o numea Landousy, în care medicul fără să cunoască bolnavul prescria rețeta știută pe din afară, pentru maladia respectivă. Astfel el nu ținea seamă nici de forma sau stadiul bolii, nici de bolnav, aplicând o formulă standard la toate cazurile.

Întâlnim și azi la cei mai mulți medici un empirism în această direcție, da nu un empirism de necesitate productiv și binefăcător, ca la cel vechi, a căror spirit de observație suplela lipsa cunoștințelor, ci un empirism dăunător, cu atât mai mare cu cât e și presumptos și agresiv.

Incontestabil, că și specialitățile sunt utile și nu trebuie neglijate, ele fiind din laboratoare mari, conduse de mari biologi, farmacologi, chimiști și fiziologi; nu trebuie însă să abuzăm și să ne rezumăm numai la ele, uitând complet a formula un medicament.

Dacă ne gândim ce mare dezvoltare a luat după 1920 producția de specialități, când ele depășesc cu mult capacitatea de asimilare, nu a medicului practician, dar și a clinicianului și a farmacologului, ne dăm mai bine seama de necesitatea de a ști să prescriem noi singuri prin cunoștințele pe care trebuie să ni-le asimilăm la timp. Numai în Franța în 1936 se număra 86.000 specialități. Dar cele din Germania, Anglia, America, Italia?

Iată în linii largi, felul de a concepe și parcurge materialul necesar.

Importanța învățământului farmacologic, trebuie să meargă mână în mână cu cel al terapiei, căci aceasta din urmă constituie și scopul și concluzia celei dintâi. Fără această concluzie, farmacologia nu are nici un rost, după cum nici terapia nu poate avea o bază științifică fără farmacologie. Una se reazemă pe alta susținându-se reciproc și împreună toată medicina.

În clădirea modernă a medicinei, după cum spuneam la început, eu consider toate etajele necesare, pe care le mai putem completa și cu altele noi, căci numai prin ele putem ajunge la depistarea și precizarea maladiilor. Ei și? Dacă numai atât am făcut, sunteți de acord a recunoaște că practic nu am făcut nimic, dacă nu vom încorona opera noastră cu mijloace de tratament puse la dispoziție de Farmacologie, care de aceea merită să i se rezerve și ei în această clădire modernă a medicinei, nu o odă în mansardă cum îl este rezervată, ci un întreg etaj. „Știința nu constă numai din fapte ci și din consecințele care decurg din ele“ spune foarte înțelept Claude Bernard. Spunând acestea și-o fi amintit Claude Bernard din timpul când era practician într-o farmacie din Lyon și s'o fi gândind mestecând la drogurile care aveau să alina atâtea suferințe, la adevăratele consecințe ale acestor mari științe care este medicina.

Iar voi iubii studenți, pentru a evita să cădeți în categoria empiricilor, despre care vorbeam, voi care vă pregătiți la o facultate areolată de numele scumpel și celebrelor noastre facultăți clujene, trebuie să înțelegeți și importanța și necesitatea farmacologiei și înțelegând aceasta să-i dați toată atenția și toată considerația pe care o merită.

Eu sunt sigur că așa va fi, căci nu cred că munca și sufletul pe care mi-l vom pune pentru a vă fi cât mai folositor, nu-și va găsi ecou și în cel al D-voastră atât de tineresc și atât de entuziast.

Considerațiuni asupra funcțiunii endocrine a prostatei

de

Dr. Petre Bruda și Dr. Ioan Bratu

șef de lucrări

medic-primar

(Continuare din N-rul 3)

Corelații glandulare

Testiculul și prostata. În testicul distingem trei feluri de celule flecare având o hormonă proprie cu acțiune bine determinată.

1. Celulele Leydig, care secretă hormona masculă a testiculului;

2. Celulele F. (Steinach), care secretă o hormonă asemănătoare folliculină, deci o hormonă femelă; și

3. Celulele seminale și celulele Sertoli, care secretă inhibina.

Hormonul mascul al celulelor lui Leydig prezintă la dezvoltarea organelor genitale deci și la dezvoltarea prostatei. Acest hormon injectat la castrați, împiedică atrofia prostatei, iar la cel normal îl mărește volumul mai ales pe seama elementelor glandulare și fibromusculare (Engel, Lower, Mc. Cullagh, Zuckermann, Parkes). Lipsa acestui hormon duce la oprirea dezvoltării prostatei la pubertate (Kaufman). La eunuci, la care acest hormon lipsește, prostata e mică, atrofică și dură (Lower).

Dacă se suprimă numai partea periferică a testiculului, deci numai celulele lui Leydig, atunci celulele lui Sertoli se transformă în celule Leydig și prostata regresează dar nu se atrofiază. Dacă se procedează la ligătura parțială a arterelor testiculare în așa fel ca să rămână irlgată doar porțiunea superficială care cuprinde celulele Leydig, prostata rămâne normală (Aron). Deci celulele lui Leydig prezintă la dezvoltarea și menținerea volumului prostatei și probabil și la menținerea funcțiilor prostatei.

Tot prin intermediul acestor celule pare să acționeze asupra prostatei și hormona prehipofizară.

Celulele seminale și celulele Sertoli, nu par să influențeze prea mult prostata. La animalele criptorchide, deci fără celule seminale, cum ar fi porcul, prostata e dezvoltată normal (Bouin). Distrugerea celulelor seminale prin raza X (Schönberg) nu influențează nici volumul nici funcțiunea prostatei. Celulele Sertoli după (Mc. Cullagh) secretă o hormonă care inhibă secreția celulelor basofile din hipofiza anterioară. Hipersecreția acestor hormone numită *inhibină*, duce la o lipsă de dezvoltare a prostatei. Acțiunea inhibinei se exercită cu multă probabilitate prin intermediul hipofizei anterioare. Bouin a reușit ca să distrugă prin raze X celulele se-

minale și celulele lui Leydig, fără a produce leziuni ale celulelor Sertoli, având ca rezultat o regresie pronunțată a prostatei.

Deci contrar hormonul celulelor lui Leydig, inhibina e antagonistă prostatei.

Celule F. Steinach secretă hormona femelă a testiculului care administrată la șoarecii masculi produce o creștere de volum a ampulei deferentului, a veziculelor seminale și a prostatei, având exact același efect pe care-l are și folliculina. Lacassagne, prin injecții de doze mari de folliculină la șoareci, obține un epitelom cu metaplasie epidermoidă a prostatei. Acest efect folliculinic e anihilat prin administrarea concomitentă de hormonă masculă (Mischer, Wetstein, Tshop, Parkes). Deci hormona celulelor F. Steinach și hormona celulelor Leydig ar avea rolul de a menține — prin acțiunea lor antagonistă — volumul prostatei. Injecțiile de folliculină, numai administrate în doze forte au efectul de a mări prostata. Zondek obține un efect contrar administrând folliculina în doze mici dar pe o lungă perioadă de timp. El obține o creștere de volum a hipofizei (de 14 ori), cu inhibarea probabilă a secreției gonado și somatotrope a lobului anterior (animalele rămân mici de statură și concomitent și o atrofie a organelor genitale. Testiculul e infantil fără spermatozoizi, iar prostata și veziculele seminale sunt atrofice. În același timp se notează și o hipertrofie a suprarenalei. Această experiență e pozitivă numai la șobolanii masculi.

Tot la acest capitol al corelației testiculo-prostatice trebuie să mai amintim că ligătura canalului deferent, nu duce la nici o modificare a prostatei.

Hipofiza. Hipofiza intervine în corelațiile prostatei, prin lobul său anterior. Administrarea de lob anterior duce la animalul de experiență, prin intermediul testiculului, la creșterea volumului prostatei (Fels, Steinach, Kuhn, Roche, Engel, Lower, Mc. Cullagh).

Ablația hipofizei duce la atrofia prostatei (Aschner) tot prin intermediul testiculului. Ablația hipofizei, datorită lipsei gonadostimulină secretată de celulele bazofile, are ca efect regresarea și atrofia celulelor lui Leydig și a celulelor seminale din testicul așa că abea în mod secundar regresează și prostata.

Grefa de hipofiză anterioară produce hiperplazia și hipertrofia celulelor lui Leydig și consecutiv hipertrofia prostatei.

Fels prin injecții de urină de parturiente, obține la șobolanii masculi tineri — tot prin intermediul celulelor Leydig — o dezvoltare prematură a prostatei.

Steinach și *Kuhn* prin tratament antihipofizar, obține la șobolanii senili, dezvoltarea glandelor sexuale secundare și deci și a prostatei. E singura experiență care arată corelația directă între hipofiză și prostată.

Dovada acțiunii hipofizare asupra prostatei, prin intermediul testiculului, ne-o dau experiențele lui *Brouha*, *Engle*, *Moore*, *Prince*, *Simonat* și *Smith*, care dovedesc că după castrare, hipofiza nu mai are niciun fel de acțiune asupra prostatei. În ce privește hormona care ar acționa asupra prostatei, se pare că este *Gonadostimulina B*, *Gonadostimulina A*, neavând acțiune decât asupra celulelor germinative ale testicolului.

Tumorile hipofizare experimentale obținute de *Oberling* și *Guérin*, la șobolanii masculi prin castrare și grefare de ovar, sau prin aplicare intracerebrală de 3—4 benzopyren (tumori de tip variabil cromofob, cu celule de castrație și celule de sarcină) influențează organele genitale în sensul unei atrofii testiculare, cu hiperplazia veziculelor seminale și a prostatei. Concomitent se notează și o hiperplazie uneori adenomatoasă a medulosuprarenalei și un adenom al insulelor lui *Langerhans*.

Insuficiența pre-hipofizară după *Bickel* duce la o pierdere a apetitului sexual și la o atrofie a testicolului, prostatei și veziculelor seminale. La adipozo-genitali prostata e atrofică. Ca și insuficiența și hipofizectomia duce la o atrofie testiculară și prostatică cu pierderea libidoului (*Smith*). Ca încheiere la corelația hipofizo-prostatică, amintim și experiența lui *Lower*, care făcând anastomoza sanghină încrucișată între un câine normal A și un câine castrat B, nu observă nicio modificare a hipofizei câinelui A, în schimb notează o hipertrofie a hipofizei câinelui B, o hipertrofie a celulelor Leydig din testicolul câinelui A, iar după 30 zile o mărire de volum cu 40% a prostatei câinelui A.

În concluzie, între hipofiză și prostată există o corelație în sensul unui sinergism, prin intermediul testicolului.

Suprarenala. În ce privește corelațiile supra-reno-prostatice, avem date precise numai în ceea ce privește cortexul suprarenal.

Injecțiile de cortină, probabil prin intermediul antehipofizei, duc la o maturitate sexuală rapidă cu dezvoltarea exagerată a glandelor sexuale secundare. După *Husnot*, la cele două extremități ale vieții (vârsta maturizării prostatei și a hipertrofiei de prostată) se observă în cortexul suprarenal o hiperspongioctoză prin urmare o hipersecreție.

Pe de altă parte, *Bezançon*, *Gennes* și *Delame* relatează cazul unui bărbat în vârstă de 20 de ani, care prezenta o aplazie a cortexului suprarenal cu

atrofia celor doi testiculi și un adenom prostatic caracterizat histologic, deci și între cortex și prostată ar exista un sinergism.

Corelația prostatei cu restul glandelor cu secreție internă este mai puțin precizată.

Tiroida după *Yamashita*, prezintă după prostatectomie un tablou de degenerescență și atrofie. *Gercenberg* observă la prostatectomizați, simptome de hipotiroidism.

Timusul la cobai se atrofiază în urma tratamentului cu extract prostatic.

Mamara provoacă prin extractul ei, o inhibare a hormonului genetic al hipertrofiei de prostată (*Grigorlu*, *Aschner*).

Ca încheiere vom mai arăta că la șobolanii bătrâni, tratamentul cu placenta duce la dezvoltarea prostatei și a glandelor sexuale secundare. La aceleași animale, avitaminoza B duce la atrofia celulelor lui Leydig și a prostatei (*Moore*, *Samuel*).

Opoterapia prostatică. Cu toate că indicațiile opoterapiei prostatice sunt numeroase (consecințele castrării și ale prostatectomiei, atonia vezicii urinare, impotența etc.) totuși ea găsindu-se încă în faza de experimentare, până în prezent a fost puțin aplicată. *Leopold Lévy* a obținut un oarecare succes, administrând extractul de prostată sub formă de pulbere uscată, sau extract glicerinat, în doze de abea câteva centigrame.

Doljan a recomandat acest tratament pentru combaterea hipotensiunii.

Mici succese au mai obținut și alți cercetători folosind procedee similare sau apropiate. Cu toate acestea însă putem afirma, că dela încercările lui *Lévy* și până la formularea unei terapii precise și definitive cu extract prostatic, mai este încă o grea și lungă cale de parcurs.

Rămâne deci ca noi și laborioase cercetări să clarifice și să pună la punct și acest important — dar încă obscur — capitol din patologice: opoterapia prostatică.

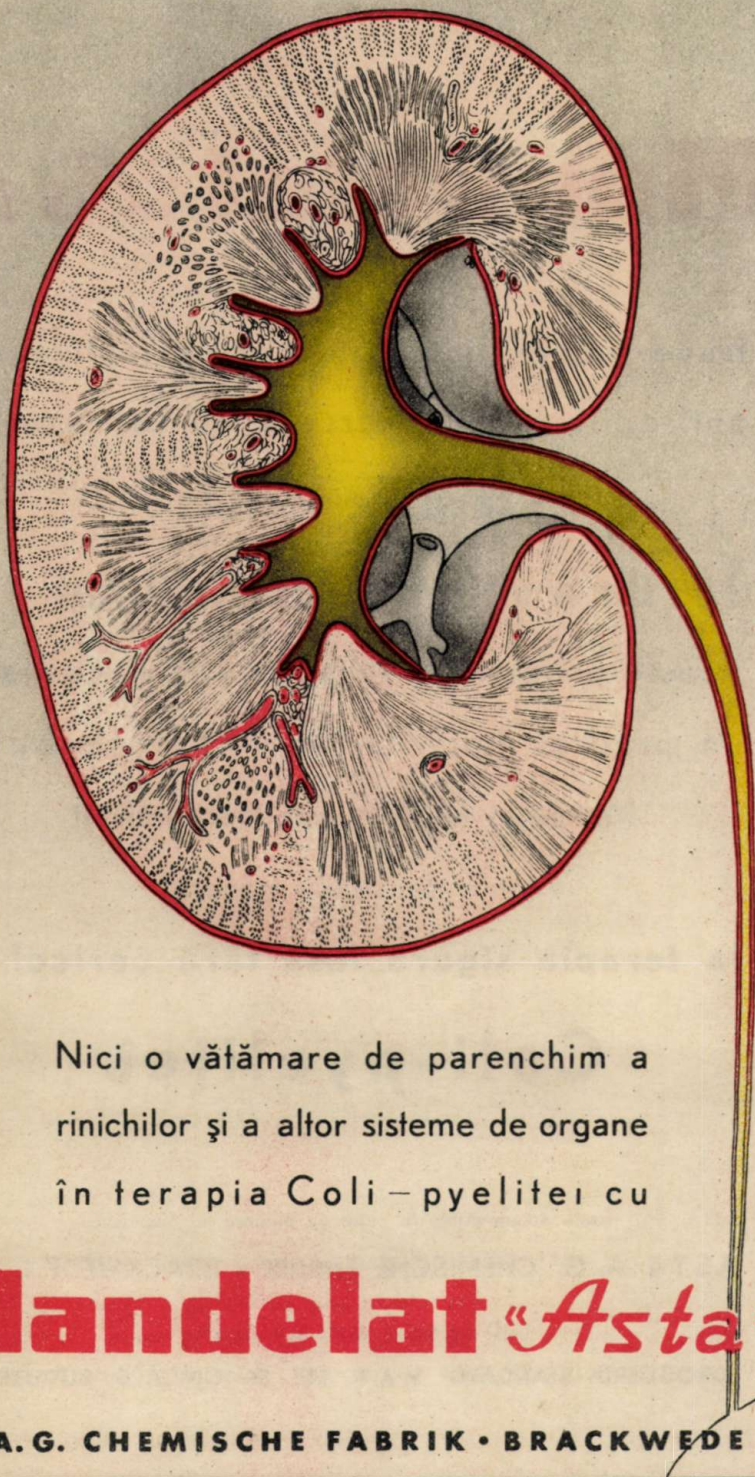
Concluziile care se desprind din lucrarea de față, cred a fi următoarele:

1. În studiul vast al endocrinologiei, rolul funcțiunii endocrine al prostatei este bine precizat.

2. Prostata ca glandă endocrină, are repercusiuni asupra funcției a organismului în parte; influențează în mod sigur metabolismul glucidic, proteolitic și mineral, stimulează hipofiza și suprarenala și e antagonista pancreasului.

3. Rolul prostatei în spermatogeneză și în ejaculație este indiscutabil, extractul prostatic având acțiune directă atât asupra funcțiunii testicolului, cât și asupra veziculelor seminale.

4. Testicolul prin acțiunea antagonistă a celulelor lui Leydig și *F. Steinach*, exercită un rol principal în menținerea și dezvoltarea volumului prostatei.



Nici o vătămare de parenchim a
rinichilor și a altor sisteme de organe
în terapia Coli-pyelitei cu

Mandelat *„Asta”*

ASTA A.G. CHEMISCHE FABRIK • BRACKWEDE I. W.

Mandelat *«Asta»*

trece nemodificat prin corp și activează
antiseptic la eliminare în căile renale

fără pericolul

de a vătăma parenchimul

Aceste proprietăți înseamnă la necesitate
un progres hotărîtor în chemoterapie

Mandelat »ASTA« este deci indicat

într'o deosebită măsură

la terapia sigură însă fără pericol a

Coli-pyelitei.

Toate documentele le pune cu plăcere la dispoziție

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK • BRACKWEDE i. W.

Depozit permanent

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R. STR. SF. IONICĂ 8 BUCUREȘTI

5. Manifestările clinice ale ahormoniei prostatice produsă experimental sau după prostatectomie, se traduc de cele mai multe ori și prin tulburări ale sistemului nervos, lipsit de acțiunea tonică pe care secreția internă a prostatei, o exercită în mod continuu asupra lui.

6. Corelația dintre prostată și celelalte glande cu secreție internă este numai în parte cunoscută.

7. Opoterapia prostatică — cu toate că își are astăzi indicațiile bine precizate, totuși aplicarea ei practică — se găsește abea în faza de experimentare.

Articole științifice

Paraplegie spinală spastică familială a lui Strümpell-Lorrain la doi frați

de

Dr. Ionașiu Liviu
medic primar Dir.

Dr. Lungu Cornel
medic primar

Dr. Duma Dădărieu
Asistent al Clinicii Neuro-Psichiatrice

În 1880 Strümpell în baza a două observații clinice referitoare la doi frați din aceeași familie, izolează ca entitate nozologică paraplegia spinală spastică familială. Toată simptomatologia cât și semnătura distinctivă a bolii o rezuma în o paraplegie piramidală, caracterizată printr-o spasmodicitate foarte accentuată, de care depinde atât impotența funcțională cât și apariția unor deformări ca: picior varus echin, iar în fazele mai înaintate atitudinea de flexiune a gambelor cu adducția coapselor, cât și mersul foarte spastic, de tip gallinaceu ori digitigrad. S'a notat lipsa tulburărilor sfincteriene, ale tulburărilor de sensibilitate, a semnelor cerebeloase cât și a modificărilor patologice în lichidul cefalo-rachidian.

În observațiile următoare a diferiților autori este semnalată și participarea unor simptome supramedulare, astfel că Lorrain în teza sa inaugurală din 1898 admite acestor boli o origine spinală fie una cerebrală. Acest autor a adus contribuțiunea noul în această boală și de aceea e cunoscută în literatură și sub numele de paraplegie spastică familială a lui Strümpell-Lorrain.

Cestan-Guillain, Raymond descriu simptome cerebeloase (chiar admit o formă de trecere spre heredo-ataxia cerebeloasă a lui Pierre Marie), Ballet și Rose au observat și tulburări bulbare, Lorrain, Oppenheim etc. semnalează tulburări oculare (nistagm, paralizia oculară), iar Jendrassik și Stewart au găsit și atrofia optică în câteva cazuri. Sunt semnalate apoi și tulburări trofice, extrapiramidale (Raymond, Souques, Guillain Alajouanine-Peron, Laignel-Levastine-Desolles, Marinescu și colaboratorii), a fost notată până și idiozia congenitală Bourneville-Cruzon, demența progresivă (Trénel), tulburări de vorbire (Laignel-Levastine) etc.

Astfel Rhein în 1916 în baza celor 80 publicații existente la aceea dată în literatură, deosebește 7 forme în această boală, iar ulterior Jendrassik a ajuns până la 24 forme, încât nu mai poate fi vorba de o

singură paraplegie spastică familială ci există o serie de varietăți foarte diferite, care se deosebesc de tipurile vecine numai p. în nuanțe cantitative sau calitative, ba ceva mai mult, Marinescu într'un studiu asupra regroupării maladiilor familiare ale măduvei susține că atât heredo-ataxia-cerebeloasă a lui P. Marie, maladia lui Friederich, cât și paraplegiile spastice familiare nu sunt decât tipuri diferite ale aceleiași boli familiare, iar Lorrain admite — după cum am văzut — pe lângă originea spinală și unele forme al căror substrat trebuie căutat în leziuni cerebrale.

Astfel o clasificare este aproape imposibilă din cauza numeroaselor tablouri clinice polimorfe și frecvența mare a formelor de trecere, formele pure fiind cu mult mai rare.

De fapt și substratul anatomic foarte variat vine în sprijinul acestei concepțiuni unice, căci pe lângă faptul că unul din chiar cele două cazuri inițiale ale lui Strümpell, a prezentat din punct de vedere clinic simptome complexe de scleroză în plăci, celălalt caz cu sindromul piramidal pur, a prezentat — ajungând ulterior la autopsie — pe lângă degenerescența primitivă a fascicului piramidal încrucișat, și alterații asemănătoare în fasciculi cerebeloase ale măduvei, deși aceste ultime leziuni nu s'au tradus prin nici un sindrom clinic. Au mai fost descrise — deși cazurile care au putut fi studiate din punct de vedere anatomo-patologic sunt în număr redus — leziuni identice și în fasciculi lui Gowers, și în cordonul lui Goll etc, astfel că înegală repartizare a leziunilor pe diferitele elemente cordonale ale măduvei, iar în formele clinice complexe bulbo-ponto-cerebrale, alterațiile acestor diferite segmente ale nevraxului, explică îndeajuns multiplicitatea formelor.

La punerea diagnosticului, care uneori poate întâmpina serioase dificultăți, trebuie avute în vedere următoarele patru criterii stabilite de diferiți autori (Charcot, Pauly, Bonne, Schaffer): 1. Homotipia, adică

aparțină în același familie a mai multor cazuri de boală identică. 2. Homocronia, adică aparțină boalei la aceeași vârstă sau vârstă foarte apropiată la toți membrii afectați din aceeași familie. 3. În etiologie nu se găsește nici un factor patogen extern, boala fiind în funcțiune de ereditate, care atinge mai mulți membri din aceeași familie și din aceeași generație, sau din generații diferite. 4. Evoluția lentă și progresivă a boalei, la care mai putem adăuga și lipsa oricăror modificări patologice în lăchidul cefalo-rachidian.

Având în ultimul timp în serviciul nostru două cazuri asemănătoare, — ele fiind primele pe care le-am ospitalizat în cel din urmă 25 de ani — credem interesant a le da publicității, și în deosebi, după cum se va vedea, pentru semnătura patognomonică a grupului sangvin și a examenului capilaroscopic ce pare că caracterizează aceste boli familiale.

Cazurile noastre privesc pe doi frați din aceeași familie și apune T. Traian în prezent în vârstă de 21 de ani și T. Alexandru în etate de 18 ani.

Studiul heredității al ascendenților nu arată nici un exemplar similar sau neuropatic general. Părinții nu sunt consangvini și se bucură de o perfectă sănătate; nu sunt alcoolici. Au avut în total 11 copii dintre cari numai o singură fată, care a murit în mica copilărie fără a prezenta vreo afecțiune nervoasă.

Boala au făcut-o numai acești doi frați, dintre cari Traian a fost al 8-lea, iar Alexandru al 9-lea copil; ceilalți frați sunt sănătoși, iar 3 din ei fiind căsătoriți, au de asemenea copii sănătoși.

În antecedentele personale ale bolnavilor nu există nici o boală infecto-contagioasă. Au fost născuți la termen și au avut o dezvoltare fizică bună în copilărie, au început să umble la timp, luau parte la jocurile cu ceilalți copii de vârsta lor și alergau fără nici o dificultate. În opoziție cu aceasta, amândoi au prezentat dela început oarecare turburări de vorbire, un fel de pelticism cu intonația monotonă și exprimare mai greoaie, iar de altă parte dezvoltarea intelectuală a rămas deficitară, încât amândoi, deși au urmat câte 6—7 ani la școală, nu și-au putut însuși scrisul sau cititul în mod curent și numai Alexandru a reușit să treacă în clasa II-a primară, Traian rămânând mereu repetent în clasa I-a.

Această stare de sănătate fizică a durat la fratele mai mic până la vârsta de 10 ani, iar la fratele în etate până la 12 ani, astfel că amândoi s-au îmbolnăvit aproape în același timp, fără vre-o cauză externă apreciabilă.

Boala la amândoi s-a manifestat prin turburări similare și anume, greutate în mers cu fenomene de spasticitate, fără turburări sfinteriene și fără a prezenta turburări din partea membrelor superioare. Astfel bolnavii au început să umble din ce în ce mai greoi, mersul a devenit spastic, nu mai puteau alerga și adeseori cădeau. Boala în câțiva ani a ajuns în starea actuală, de atunci evoluția ei fiind mult mai lentă.

Starea prezentă: Talia mijlocie, amândoi au o constituție astenică cu tegumentele și mucoasele vizibile palide. Sistemul pilos este foarte redus astfel barba există abea numai în jurul mentonului, perii axilari slab dezvoltate iar cei din regiunea pubiană au o dispoziție feminină; organele genitale normal dezvoltate. Se constată la amândoi un oarecare grad de hiperhidroză palmo-plantară. Nu prezintă deformațiuni ale coloanei vertebrale sau alte turburări trofice; în decubit dorsal se constată o tendință la varus equin al picioarelor, mai evident la fratele tânăr. Ca stigmat de degenerescență amintim aderența lobulilor urechilor cât și o formă curioasă a conformației craniene.

Din partea organelor toraco-abdominale nu constatăm nimic deosebit; tensiunea arterială este 13—7½ la cel bătrân și 11—7½ la cel tânăr. Pulsul bradycardic 52 respective 56 cu reflexul oculo-cardiac abolit. Probele vegetative cercetate cu metoda cu atropină a lui Danielopolu au arătat în ambele cazuri o stare de hiposimfonie.

Se constată la amândoi frații și o ușoară mărire a corpului tiroid, dar fără semne clinice de hipo sau hiperfuncțiune, deși metabolismul bazal la amândoi este de +15%.

Nu prezintă modificări pupilare: reflexul fotomotor și de acomodare sunt conservate. Motilitatea oculară este bună, se constată un ușor nistagm în privirea laterală extremă spre dreapta și stânga. Acest nistagm este ceva mai pronunțat la fratele bătrân cu deosebire în privirea laterală spre stânga.

Reacțiunile vestibulare sunt normale la proba calorică și rotatorică (examinați la clinica oto-rino-laringologică). Acuitate vizuală și fundul de ochi normale, se constată numai o ușoară hipotonie arterială retiniană (examinați la clinica oftalmologică).

Vorbirea la amândoi are un caracter nazonat, monoton, ușor explosiv, fără a fi însă scandată. Bolnavii nu pot să cânte o arie. Nimic de remarcat din partea celorlalți nervi cranieni.

Turburarea lor majoră este constituită de o stare spasmodică foarte accentuată ale membrelor inferioare, pe când trunchiul și membrele superioare își conservă suplețea lor normală. Această spasmodicitate apare cu maximum de intensitate în cursul mersului și interesează mușchii extensori ai coapsei și gambei, încât membrele inferioare devin rigide iar mersul e posibil cu un fel de mișcare de circumducțiune executată din bazin, fără să facă nici o flexiune în articulațiile tibio-tarsiene sau ale genunchilor. La fratele mai mic turburarea este și mai accentuată, mersul are un caracter digitigrad cu tendințe de a-și încrucișa membrele inferioare, pe când la fratele bătrân mersul are numai un caracter galinaceu.

În opoziție cu aceasta când bolnavii stau în decubit dorsal, pot executa cu destulă ușurință mișcările active, prezentând doar o limitare ușoară a flexiunii coapsei pe bazin și a gambei pe coapse, cât și a flexiunii dorsale a piciorului. Tot așa există o discordanță între gradul intens al spasmodicității și forța musculară, care relativ este destul de bine conservată, constatăndu-se numai o ușoară dinuare a forței în grupul mușchilor flexori ai membrelor inferioare. La mișcările pasive se constată un oarecare grad de contractură de tip piramidal, mai pronunțată în articulația tibio-tarsiană. Nu se constată dismetrie, asinergie sau alte semne cerebeloase ori extra piramidale. Semnul lui Romberg negativ.

Reflexele osteo-tendinoase sunt exagerate atât la membrele superioare, dar în special la cele inferioare, unde de exemplu căutarea reflexului rotulian declanșează spasmodicitatea și tot membrul inferior este animat de un fel de trepidațiune epileptoidă, care nu încetează până ce nu-și flectează puțin gamba pe coapsă. Această trepidațiune uneori apare și spontan. Există un clonus inepezabil la rotulă și picior. Reflexele cutanate, abdominale și cremasteriene păstrate. Reflexele patologice: Babinski bilateral la amândoi frați; reflexul contra-lateral al adductorilor și reflexul lui Rossolimo pozitiv la amândoi. Nu se constată reflexe de apărare și nici de postură.

Sensibilitatea: subiectiv acuză oarecare dureri reumatoide în membrele inferioare în legătură cu schimbările meteorologice, iar uneori noaptea și mai cu seamă la frig, acuză crampe dure-roase în musculatura gambelor, cu deosebire fratele bătrân. Sensibilitatea obiectivă superficială și profundă nu prezintă turburări evidente. Funcțiunile sfinteriene normale.

Psihicul: fațes ușor inexpresiv, fără să fie abolită exteriorizarea sentimentelor de tristețe sau bucurie. În general sunt apatici dar preocupați de boala lor. Răspund imediat la întrebări cu tendință de a devia și a continua discuția cu detalii inutile. Au o comportare puerilă și cunoștințe generale sumare, etatea lor

mentală fiind stabilită la 6 ani și 11 luni pentru cel mai bătrân și 7 ani și 10 luni la cel tânăr.

Examenul complet al lichidului cefalo-rachidian la amândoi nu arată nici o modificare patologică. Reacția Wassermann în sânge și lichid negativă.

În rezumat este vorba de doi frați, cari prezintă un sindrom paraplegic piramidal cu spasmodicitate foarte accentuată, cu reflexe osteo-tendinoase exagerate, cu semnul lui Babinski pozitiv etc., fără turburări de ordin cerebelos, fără turburări de sensibilitate și fără turburări sfinteriene, sindrom care a apărut la vârsta de 10 respective 12 ani și care a evoluat încet, fără să-i oblige la imobilitate încât ei și acum pot da un oarecare ajutor la muncă în gospodăria părinților.

Prin aceste caractere întrunind acele patru criterii amintite la început, boala lor se înglobează perfect în grupa paraplegiilor spastice spinale familiale și în deosebi se apropie de tipul pur descris de Strümpell, deosebindu-se totuși de această formă, prin participarea foarte discretă în cazurile noastre și a membrilor superioare, unde se constată numai o exagerare a reflexelor osteo-tendinoase (și în special reflexul stilo-radial și cubito-pronator se produc foarte viu chiar în atitudinea de susținere a antebrațelor), cât și prin participarea unor semne supra-medulare cum sunt: nistagmusul, turburarea de vorbire și deficitul intelectual, astfel că sindromul lor este mai aproape, de grupa a doua din clasificarea lui Rheln, care cuprinde paraplegia cu participarea membrilor superioare, cu sau fără turburări mintale.

Marinescu, Manicatlă și Ionescu-Sîsești, cercetând grupa sangulină și capilaroscopia, au găsit la 3 surori atinse de o boală familială, că ele toate fac parte din grupa IV-a (sau O), adică din aceea grupă sangulină care e lipsită de aglutinogen, și la care capilaroscopia a pus în evidență în două cazuri arhicapilare, iar în al treilea caz vase angioneurotice. Inspirați de această re-

latare, am putut confirma și noi — grație amabilității d-lui Prof. Benetato — aceste rezultate, într-un câț și ambele noastre cazuri aparțin grupelor IV-a sanguline, iar capilarele din plăca perfunghulară arată la amândoi dilatări și sinuoșități (mai accentuate la fratele mic).

Astfel accentuăm și noi că aceste rezultate pot avea oarecare semnificație, dat fiind că avem de a face cu o boală familială ereditară, în care lipsesc din sânge tocmai aceste elemente A și B (aglutinogenul) care după Lattes, Dungern și Hirschfeld sunt elemente ereditare și invariabile ale sângelui, dându-i individualitatea chiar, pe când dezvoltarea aglutinelor este secundară și funcțiunea lor este mai expusă circumstanțelor exterioare.

SPITALUL DE BOLI NERVOASE ȘI MINTALE SIBIU

Director : Dr. Liviu Ionașiu

RESUMÉ

Paraplégie spinale spastique familiale de Strümpell-Lorrain

On décrit deux cas de paraplégie spinale spastique familiale de Strümpell-Lorrain, survenus chez 2 frères, un de 21 ans, l'autre de 18 ans. En liaison avec ces cas on fait une série des considérations cliniques, étiologiques et pathogéniques sur cette affection.

ZUSAMMENFASSUNG

Strümpell-Lorrainsche familiäre spastische spinale Paraplegie

Es werden zwei Fälle von spastischer spinaler Paraplegie beschrieben die bei zwei Brüdern in Alter von 21 und 18 Jahren auftrat. Es werden klinische, etiologische und pathogenetische Betrachtungen angeknüpft.

Considerațiuni generale asupra chistului hidatic al rinichiului în legătură cu un caz operat și vindecat

de

Dr. Constantin Lăpădatu și Dr. Cornel Fogaș

Chistul hidatic al rinichiului constituie o afecțiune rară datorită localizării embrionului hexacant al teniei echinococcus la nivelul acestui organ. Frecvența lui, în raport cu alte localizări, variază între 2,1—8%.

A fost studiat pentru prima oară de către Albarran și Nicolson, care în teza sa (1905) a adunat 357 cazuri. În literatura medicală română, în afară de cazul nostru, au fost publicate 18 cazuri (Diamandescu, Bruda, Brău, Togănel).

Se întâlnește de obicei de două ori mai frecvent la femei decât la bărbați, între vârsta de 18—40 ani; mai rar la copii și bătrâni.

Multiventricular în majoritatea cazurilor (5 din 6), localizându-se mai des la nivelul rinichiului stâng, interesează de regulă unul din cei doi poli. La început bombează la suprafața lui acoperindu-l, ca apoi treptat, să-l înglobeze. Dacă lasă restul parenchimului renal

neatîns, prin dezvoltare progresivă și prin compresie, poate să cauzeze atrofierea teritorilor vecine.

În afară, chistul are perete fibros, care aderă intim de parenchimul renal printr'un țesut conjunctiv rezistent, iar în interior, o membrană lamelară și una germinativă din care iau naștere capsulele prolifere cu scolexuri (chistul univezicular). Chistul multivezicular, are chiste endogene filice cu aceeași structură parietală ca și la rândul lor conțin mici chiste endogene. Chistele filice după ce se detașază, însoțite libere în lichidul chistului, care este împiedicat ca apa de stîncă, până ce aceasta nu supurează sau nu perforază în basinet.

Tenta echinococcus, se întâlnește mai des la câine, în intestinul căruia trăiește. Ouăle acestora sunt eliminate din intestinul câinelui prin materiile fecale și pot infecta omul, ajungând în tubul lui digestiv, fie prin alimente murdărite (zarzavaturi), fie prin mâini, la anumite persoane (clobani, vânători, etc.). În stomacul omului din aceste ouă se dezvoltă embrionul hexacant, care trecând în intestin de unde după ce perforază mucoasa acestuia, prin vena portă, ficat, venele subhepatice, vena cavă inferioară, cordul drept, plămân, cordul stîng, aortă și artera renală, — ajunge la nivelul substanței corticale a rinichiului, unde formează chistul hidatic. Aceasta este faza evolutivă la om a tentei echinococcus dela câine, care se infestază din cadavrele animalelor conținătoare de chist, cum sunt oile.

Simptomatologia chistului hidatic al rinichiului este foarte grea de precizat. Având în vedere însă, evoluția lui lungă, vom încerca, — ca în cazul chistului hidatic al ficatului, — s'o împărțim în trei perioade la care vom raporta și simptomele.

1. *Perioada latentă* poate dura câțiva ani, chistul dezvoltându-se foarte încet. Ea este aproape lipsită de simptome, iar diagnosticul foarte greu de stabilit. Prezența parazitului în organism provoacă totuși modificări în sânge care se pot manifesta prin fenomene ca: puseuri de urticarie, exanteme, febră intermitentă, epistaxis, insomnie, sudori nocturne, adinamie etc. și care pot fi atribuite anafilaxiei. Bănuind existența unui chist, vom recurge însă și la metodele biologice și fizice de diagnostic pe care le vom enumera mai jos.

2. *Perioada tumorală* vom avea-o după ce chistul a crescut, ajungând la oarecare dimensiuni. Bolnavul acuză o senzație de greutate intraabdominală, ușoară dispnee, constipație etc. din cauza că, chistul evoluează mai mult cu caracterul unei tumori abdominale decât cu acela al unei tumori renale. În această perioadă în afară de simptomele enumerate mai sus, vom constata și semne fizice care sunt însă lipsite de orice precizie până ce chistul nu se deschide în basinet, când apar în urină veziculele hidatice. La examenul bimanual, în hipocondru sau în flanc, se palpează o tumoră elastică, netedă, indolentă și fluctuantă. Freacățul hidatic spe-

cial, contestat de cel mai mulți autori, rareori poate fi pus în evidență prin acest examen.

Atunci când împrejurările o permit, examenul clinic îl vom completa și cu metodele biologice și fizice de diagnostic, după cum urmează:

Metode biologice:

a) Tabloul sangvin (eozinofilie mai mare de 5%, lpe. globule și lperleucocitoză).

b) Reacția de fixație a complementului a lui Bordet-Gengou și Welnberg-Pârvu, care este pozitivă în majoritatea cazurilor.

c) Precipito-diagnosticul lui Fleig și Lisbonne, care permite afirmarea existenței în organism a unui chist hidatic.

d) Cutreacția lui Cassoni cu lichid chistic, care fiind cea mai specifică, are și valoarea cea mai netăgăduită.

Metode fizice:

a) Radioscopia și radiografia simplă, sunt mai puțin utile și pot duce la erori de diagnostic (tumori renale). Pleiografia la fel, afară de cazul când e vorba de a se face un diagnostic diferențial între un chist hidatic și o hidronefroză, unde este de mare ajutor.

b) Examenul funcțiunii renale, arată o ușoară scădere de partea bolnavă.

c) Punctia chistului, arată lichid specific cu cârlige de echinococ, conținând acid succinic și albumină când echinococul nu mai e în viață. Fiind primejdioasă și dănd de multeori naștere la colaps, șoc anafilactic violent sau fenomene peritoneale grave, a fost în genere abandonată. Trebuie făcută extraperitoneal și numai atunci când poate fi urmată imediat de intervenție.

3. *Perioada complicațiilor*, urmează perioadele tumorale după un interval de timp foarte variabil și se datorează supurației sau rupturii chistului.

Supurația se face, fie prin propagarea infecției dela distanță pe cale sangvină sau limfatică, fie din vecinătate dela nivelul căilor urinare superioare. În cazul când aceasta din urmă nu există, ea e favorizată de retențiile renale și vezicale care se produc prin astuparea de către veziculele hidatice a ureterului sau a uretrei după ce chistul s'a rupt în bazinet. Vom avea plurile însoțite de simptome locale care se manifestă prin dureri mari la nivelul regiunii lombare și de simptome de vecinătate în urma reacției inflamatorii din partea diafragmului, aparatului pleuro-pulmonar, peritoneu, ureter și vezică. Ca simptome generale vom avea: febră, leucocitoză foarte pronunțată, paloare, subicter, emaciere, turburări dispeptice etc. Dacă această supurație nu este recunoscută din vreme, poate să ia un mers hectic.

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0 05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de
Iminol

previne accesul iminent
dacă este luată la timp.

Intrebuițarea comodă

fără acțiune secundară.

Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Chistul se rupe (1 din 3 cazuri), după un traumatism sau efort fizic, în calice sau în basinet (3/4 din totalul cazurilor în basinet). După o senzație de rupere internă, sau după o colică cu dureri intense cu o hematurie premergătoare, — bolnavul elimină prin urină, mici vezicule hidatice, uneori 50—60 dintr'odată, cu sau fără fenomene mecanice de obstrucția ureterului sau a uretrei. Această ruptură fie că se face în calice sau basinet, determină amestecul conținutului chistic cu urina. Lichidul, din limpede, poate să devină galben, sau lăptos iar urina va conține vezicule hidatice sau membrane.

În asemenea cazuri, pentru confirmarea diagnosticului, vom putea face:

a) Examenul microscopic al sedimentului urinar în care vom găsi scolexi și cârlige de echinococ.

b) Cateterismul ureteral, pentru a face diagnosticul diferențial între chist și hidronefroza.

c) Cistoscopia, care ne va arăta hidatide filice risipite în fundul vezicii.

Ruptura chistului în pleură, intestin sau cavitatea peritoneală, constituie o complicație mai rară și de naștere de cele mai multe ori la fenomene foarte grave. În pleură poate cauza moartea prin colaps cu dureri toracice foarte violente sau să dea naștere la o echinococoză pleurală secundară, sau la o pleurezile purulentă când e supurat. În intestin, ruptura se prezintă prin dureri foarte vii după o fază premergătoare cu temperatură, subfebrilă și după ce s'au format aderențe între chist și intestin. Bolnavul poate sucomba prin vărsături, diaree sau în urma unei stări septice întinse de fistula ce se poate forma între chist și intestin. Ruptura în cavitatea peritoneală, poate să determine moartea fie prin șoc cu convulsii epileptiforme, fie prin hemoragie internă sau peritonită generalizată, când chistul este supurat. Alteori poate să se reducă numai la apariția unei ascite însoțită de o senzație de balonare și de urticarie.

La diagnosticul diferențial, vom putea lua în considerare: sifilisul, tuberculoza renală, tumorile renale, rinchiul polichistic, chistul seros, chistul hematoc, chistele pararenale, anevrismele trunchiurilor arteriale renale, supurațiile renale, hidronefroza, calculoza renală, actinomicoza, chistul hidatic al plămânului, al ficatului, tumorile abdominale, splenomegalia etc. Chistele datorite strongilozel, filariozel etc. fiind extrem de rare, iar la noi în țară inexistente, intră mai puțin în discuție aici. Vom avea în vedere însă în afară de evoluția clinică și simptomatologie, rezultatele obținute prin metodele biologice și fizice de diagnostic.

Prognosticul în genere este rezervat și depinde de precocitatea diagnosticului. Va fi grav întotdeauna când vom fi în fața unei complicații. După Robert, 1/3 din totalul cazurilor au un sfârșit letal.

Tratamentul nu poate fi decât cel chirurgical. Metoda operatorie va fi aleasă întotdeauna în raport cu stadiul în care se găsește chistul. Dacă este mic, nesupurat și localizat la un singur pol, se va face nefectomie parțială cu sutura celor două tranșe, sau reducerea pungii fără drenaj (P. Delbet) după formolizarea prealabilă a cavității (Devé și Quenu). Dacă este pediculat și abordabil, se va face rezecția chistului. Dacă este aderent de țesuturile vecine, se va face marsupializarea extraperitoneală. Când este supurat sau parenchimul renal compromis, se va face nefrectomie.

În toate aceste cazuri, e preferabilă calea lombară extraperitoneală cu prelungire abdominală după nevole. Dacă totuși printr-o eroare de diagnostic, s'a ajuns la calea transperitoneală, sau se închide peritoneul și se face apoi incizia lombară extraperitoneală, sau se suturează într'un prim timp marginele inciziei peritoneale la buzele plăgii izolând astfel restul cavității abdominale și într'un al doilea timp se face apoi deschiderea chistului și marsupializarea lui.

Complicațiile postoperatorii care pot să survină sunt: supurații sau eventrații și hernii la intervențiile care interesează peretele abdominal.

După ce am făcut aceste considerații generale asupra chistului hidatic al rinchiului, expunem mai jos cazul nostru după cum urmează:

Bolnavul M. P. în vârstă de 43 de ani, de origine rus, ziuaș, domiciliat în Petroșani, se internează în Spitalul C. N. A. S. Petroșani, pe data de 3 Iunie 1936, pentru senzație de greutate intraabdominală, colici la nivelul regiunii renale stângi însoțite de dificultate în micțiune.

În antecedentele heredo-colaterale și personale, nimic important de semnalat.

Boala actuală, după afirmațiunile sale, ar fi început înainte cu aproximativ 6 luni când a început să aibă o ușoară senzație de greutate în partea stângă a abdomenului. Nu dă nicio importanță acestui fapt și continuă să muncească mai departe. Fenomenele însă se accentuează, senzația de greutate intraabdominală crește, are o ușoară jenă respiratorie, deseori noaptea are insomnii și transpirații. Bolnavul devine din ce în ce mai palid, pofta de mâncare fiind mult scăzută, forțele fizice slăbesc tot mai mult.

În luna Mai 1936, cu aproximativ 2 săptămâni înainte de a se fi internat în Spital, în timpul lucrului pe când încărcă la cărbuni, este apucat brusc de dureri foarte vii la nivelul regiunii lombare stângi însoțită de transpirații reci, — fiind silit să părăsească lucrul. Dus acasă, după aproximativ 1/2 oră, este apucat de o puternică senzație de urinare și cu mare dificultate elimină o oarecare cantitate de urină, după care se simte mult ușurat iar durerile scad. Este văzut de medicul unui dispensar și ținut în observație. Crizele devenind tot mai frecvente și insuportabile pentru bolnav, acesta este îndrumat la spital unde se internează pe data de 3 Iunie 1936.

După internare, imediat este apucat de o violentă colică renală stângă cu iradiere de-a-lungul ureterului spre cavitatea abdominală și însoțită de senzație de urinare. Cu mare greutate, elimină o cantitate de circa 300 gr. urină de culoare galbenă conținând până la 30 vezicule hidatice de diferite mărimi (dela mărimea unui bob de grâu la aceea a unui bob de fasole), iar la

examenul microscopic al sedimentului urinar, se constată cărlige de echinococ.

Se pune diagnosticul de chist hidatic al rinichiului stâng și se decide intervenția.

Procedându-se la examinarea generală a bolnavului, se constată următoarele:

Înalt, de constituție fizică robustă, având tegumentele și mucoasele palide. Țesutul celular subcutan și muscular bine dezvoltate. Afebril (temperatura 36,8), pulsul 86 pe minut, bine bătut. Adinamic.

La examenul local, se palpează în flancul stâng o tumoră de mărimea unui cap de făt, destul de elastică, indolentă și care se întinde până aproape de linia mediană. Regiunea lombară stângă este puțin bombată.

La examenul aparatului cardio-vascular și respirator, nu se constată nimic important. Abdomenul liber, splina și ficatul nimic patologic.

Reflexele pupilare și osteo-tendinoase, normale.

R. W. negativă.

Se administrează bolnavului urotropină, calciu și ser glucozat în injecții intravenoase.

Pe data de 6 Iunie 1936 sub anestezie generală cu eter, se procedează la intervenția chirurgicală după cum urmează:

Se face lombotomie stângă, se pătrunde până la tumoră care are mărimea unui cap de făt, elastică, interesând rinichiul stâng în totalitate și care este foarte aderentă de peritoneu. Pentru a se putea elibera din aderenți, se face rezecția coastelor XI și XII după care cu oarecare dificultate se reușește eliberarea tumorii și punerea în evidență a pediculului renal. După ce se face întâi ligatura vaselor se procedează la secționarea ureterului din lumenul căruia se elimină câteva vezicule hidatice, după ce s'a făcut ligatura prealabilă a lui. Rinichiul se extirpă în totalitate. La secționarea lui se constată că este transformat în întregime într-o pungă plină cu vezicule hidatice de diferite mărimi cari ajung până la mărimea unei pierseci. Se închide parțial plaga și se drenează loja renală cu un tub de cauciuc.

După intervenție se administrează bolnavului încă trei zile, urotropină, calciu și glucoză, starea lui se menține satisfăcătoare temperatura variind între 37—38,5 grade până pe data de 16 Iunie, când revine la normal și când se scoate și drenul de cauciuc, drenându-se numai cu meșă. Pe data de 25 Iunie 1936, bolnavul părăsește spitalul, aproape complet vindecat, urmând a se prezenta ambulant la spital pentru pansamente. Pe data de 16 Iulie 1936, plaga este complet vindecată, iar bolnavul revăzut la intervale diferite, complet sănătos.

Concluziuni

1. Chistul hidatic al rinichiului, în majoritatea cazurilor multivezicular și interesând de obicei rinichiul stâng, constituie o afecțiune rară datorită localizării mai puțin frecvente (2,1—8%) a embrionului hexacant al teniei echinococcus la nivelul acestui organ.

2. Simptomatologia, din cauza evoluției lui foarte lente, este grea de precizat. El evoluează mai mult cu caracterul unei tumori abdominale decât acela al unei tumori renale.

3. Diagnosticul, înainte de a se fi rupt chistul și evacuat veziculele hidatice prin căile urinare, este greu de stabilit. Pentru aceasta vom face întotdeauna apel la metodele biologice și fizice de diagnostic.

4. Prognosticul este în genere rezervat și grav când intervin complicații. Va depinde întotdeauna de precocitatea intervenției.

5. Tratamentul este exclusiv cel chirurgical.

6. În cazul nostru este vorba de un bolnav de 43 ani, prezentând un chist hidatic multivezicular, de mărimea unui cap de făt, localizat la nivelul rinichiului stâng, interesându-l în totalitatea sa. Evoluția lui a îmbrăcat caracterul unei tumori abdominale și care s'a rupt în basinet.

7. Diagnosticul a fost pus, în afară de simptomele subiective și obiective, pe baza hidaturiei și a examenului microscopic al sedimentului urinar.

8. S'a făcut nefrectomie pe cale lombară extraperitoneală, după care bolnavul s'a vindecat. Revăzut în repetate rânduri, n'a intervenit nicio complicație postoperatorie.

Lucrare făcută la Secția Chirurgicală a Spitalului C. N. A. S. Petroșani.

Director: Dr. Lăpădatu C-tin.

Literatura

1. E. Jeanbrau: Précis de Pathologie Chirurgicale. Tome, IV. 1924.
2. Prof. Ștefănescu — Galați: Manual de urologie clinică, Vol. II. 1927.
3. Kirschner-Nordmann: Die Chirurgie. Vol. VI., partea I, 1927.
4. E. Țeposu: Terapeutică Urologică (Formular Terapeutic) 1934.
5. Hațieganu — Goia: Tratat elementar de semiologie și patologie medicală. Vol. I și II. 1936—37.
6. Bruda, Birău, Togănel: Ardealul Medical, Nr. 1, 1944.

RESUMÉ

Considérations sur le kyste hydatique du rein

Il s'agit d'un cas de kyste hydatique multivésiculaire du rein gauche, englobant son parenchyme en totalité, ayant les proportions d'une tête de fœtus, chez un malade de 43 ans. Il a été diagnostiqué, en dehors des symptômes généraux et locaux, par l'hydaturie et l'examen microscopique de l'urine. Après la néphrectomie, le malade a guéri. C'est le 19-e cas décrit dans la littérature médicale roumaine.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über einen Fall von Echinococcus der Niere

Es handelt sich um einen Fall von einem Echinococcus der linken Niere, bei einem 43 Jahre alten Mann, welcher das ganze Parenchym der Niere in eine Cyste umwandelte und durch Nephrectomie zur Heilung gebracht wurde. Es ist der 19-te Fall in der rumänischen Literatur.

O nouă probă în hepatite

— Proba cu Dehydrocolat de sodiu —

de

O. Fodor

Între agenții terapeutici ai afecțiunilor hepato-biliare, un capitol important este reprezentat prin coleretice. De acest tratament beneficiază mai ales acel bolnav la care este o coafecțiune sau predominanță a suferinței căilor biliare, mai ales a celor extrahepatice. *Brulé* și *Chabrol*, care în patogeniza unor ictere cu aspect de icter cataral s'au reintors în parte la vechea teorie a lui *Virchow*, modificată de el prin termenul de coledocită, recomandă pe o scară întinsă aceste medicamente. Acțiunea lor terapeutică ar fi înlăturarea unui eventual obstacol rezultat dintr'un proces inflamator, aflat în drumul scurgerii bilei, începând dela traveele lui *Remack* până la duoden. Această acțiune de înlăturare a obstacolului ar trebui să se producă prin augmentarea și fluidificarea secreției biliare, prin acțiunea medicamentelor coleretice asupra celulei hepatice.

Acțiunea coleretică a acestor medicamente a fost demonstrată încă de *Brugsch* și *Horsters*. Teoretic, acțiunea lor terapeutică de drenare a căilor biliare trebuie să fie considerată adecvată, mai cu seamă când este prezent procesul inflamator și producător de mucus cu caracter de obstacol mecanic pe căile biliare extra-hepatice.

Prin agenții colerezei pătrundem în mod activ acționând dela nivelul celulei hepatice, spațiile limfatice pericapilare și sistemul lacunar, realizând în josul ficatului un drenaj, o spălătură mecanică a micilor canale excretoare cu procese de angiolită, ajungând în acest fel a favoriza o scurgere de lichid biliar până la de cinci ori cantitatea normală (*Chabrol*).

Dintre medicamentele cu acțiune coleretică *atofanul*, *acidul salicilic* și *sărurile biliare* au acțiune similară, mărlind cantitatea de bilă. *Atofanul* este foarte activ, însă nici el și nici *acidul salicilic* nu se recomandă în cazurile unde avem și o suferință parenchimatooasă a ficatului, cunoscută fiind acțiunea toxică mai ales a *Atofanului* asupra celulei hepatice. *Sărurile biliare* sunt mai puțin nocive și au acțiune coleretică bună. Dintre acestea *Dehydrocolatul de sodiu* este preparatul cel mai puțin nociv.

Asupra modificărilor isto-patologice produse în ficat de aceste substanțe coleretice posedăm puține date. În ultimul timp, *Milietti* și *Canevazzi* aduc o contribuție experimentală foarte importantă la această problemă. Acești autori s'au folosit în experiențele lor de *Atofan*, *acid salicilic* și *Dehydrocolat de sodiu* (*Decholin*), mai ales de acesta din urmă. Ei au observat modificări importante atât în intimitatea celulei hepatice, cât și în

structura lobulară după injectarea intravenoasă a acidului dehydrocolic: citoplasma celulelor, care în preparatele de control era omogenă, după injectarea substanței coleretice devine vacuolizată, iar după câteva ore prezintă spații transparente albe, libere de condrion, revenind la aspectul normal după 24 ore. Condrionul în timpul presupus de activitate maximă a celulei are o dispoziție modificată față de celulele de control, acesta distribuindu-se în acest timp în mod circular, lăsând o zonă liberă în jurul nucleului.

Modificări foarte importante sunt observate și în structura lobulară: cam la 2^{1/2} ore după injectia coleretice, trama capilarelor biliare devine foarte evidentă din abia vizibilă cum era înainte, capilarele biliare sunt foarte dilatate, cu pereții încrustați de bilă, putându-se distinge în acest moment două zone distincte în lobul. Una în care celulele hepatice sunt mai întunecate, cu capilarele abia vizibile, iar alta în care celulele sunt mai clare, cu trama foarte evidentă, capilarele biliare dilatate.

Din aceste constatări trebuie trasă concluzia asupra diferenței funcționale între cele două porțiuni ale lobulului, după acești autori părții centrale a lobulului revenindu-i o importanță funcțională mai accentuată în biligenie.

Asupra semnificației acestor diferențe funcționale între cele două porțiuni lobulare se cuvine să insistăm, cunoscând că și în urma cercetărilor isto-patologice ale majorității autorilor și mai cu seamă a lui *Siegmund*, leziunile morfologice tisulare în cursul icterului cataral sunt mai accentuate în centrul lobulului. Este o constatare care cu siguranță este de o importanță deosebită în fiziopatologia hepatitelor icterigene acute și mai cu seamă în patogeniza galbinării.

În ultimii doi ani, ne-a preocupat descoperirea unor eventuale modificări umorale și generale, care se obțin în urma administrării de săruri biliare la indivizii cu suferințe hepato-biliare și mai cu seamă în diferitele forme anatomo-clinice a icterului cataral. Pe de altă parte observația făcută la icterici cu fistule biliare chirurgicale, care în ziua următoare a unei ascensiuni febrile prezentau un flux biliar mai accentuat, ne-a determinat să provocăm în unele cazuri această febră artificială. Totodată încercăm a stabili în urma rezultatelor obținute, eventuale semne de diferențiere între formele clinice ale icterului cataral. Materialul experimental de care ne-am servit constă din 100 cazuri, dintre care: 53 ictere catarale, 15 ciroze hepatice, 19

anglo-colecistopatii, 13 alte boli, fără semne de suferință hepatică.

Acestor bolnavi le-am administrat câte 10 cc. *Decholină* (Riedel), — *Dehydrocolat de sodiu 20%* — intravenos, dimineața la ora 8, pe nemâncate.

Se colectează urina și se măsoară exact atât înainte, cât și în timpul și după injecție. La o parte dintre bolnavi am urmărit și distribuția bilirubinei în urină și sânge, iar la câțiva și în bilă¹⁾. S'a executat reacția Takata, viteza de sedimentare a hematiilor, leucocitoza atât înainte de administrare, cât și la 4 și 8 ore după aceea.

Ceea ce ne-a interesat mai cu seamă a fost comportarea temperaturii, pe care am controlat-o timp de 12 ore, începând din momentul injecției, din $\frac{1}{2}$ în $\frac{1}{2}$ de oră. În tot acest interval, bolnavul nu i s'a administrat decât o supă, la ora 12 după ce s'a făcut a 2-a recoltare de sânge (după 4 ore), în această zi bolnavii au fost ținuți în repaus complet la pat.

Primele cazuri la care am început examinările, au fost indivizii suferind de icter cataral și mai cu seamă forme care făceau parte din tipul colangiolic al icterului cataral. Mai târziu nu am mai ținut cont de aceste tipuri, făcând examinările la orice icter cataral. Din acest motiv, diferitele constatări nu le putem repartiza procentual pe numărul total de 53 de cazuri de icter cataral.

¹⁾ Dozările de bilirubină s'au făcut în laboratorul Clinicii I Medicale, cu metoda fotometrică, de către d-l Dr. P. Radu.

Dintre 19 anglocolecistopatii am ales mai cu seamă pe acelea la care am constatat fenomene clinice de anglocolită.

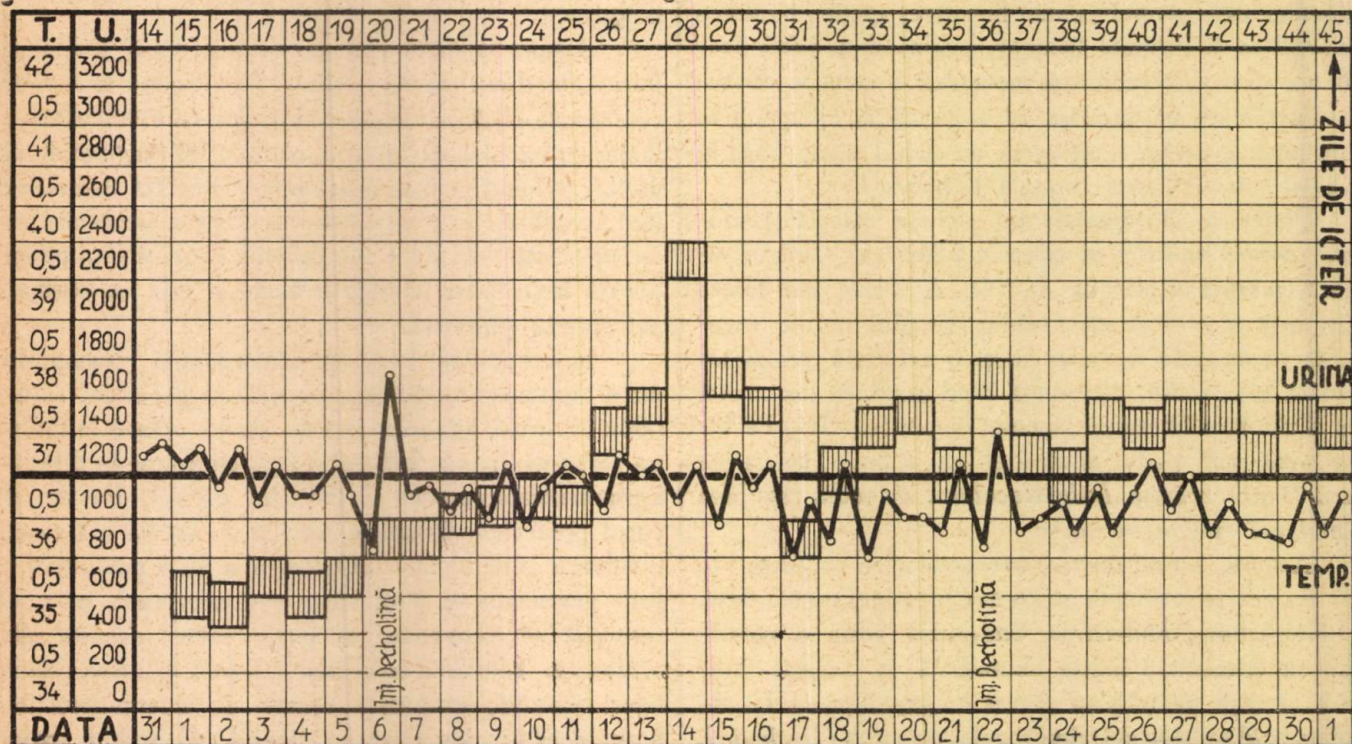
Cele 15 cazuri de ciroză nu au fost selecționate după niciun criteriu, împotriva, am luat în considerare cele mai variate forme anatomo-clinice.

13 indivizi au fost martori, fără suferințe hepatice.

La unele din aceste cazuri, am observat o *ascensiune febrilă*, care s'a prezentat aproximativ la 8 ore după injecție (fig. 1), uneori însoțită de o ușoară leucocitoză sau ușoară creștere a vitezei de sedimentare a hematiilor. Ascensiunea febrilă am considerat o manifestă atunci când s'a ridicat de la 37,5 grade în sus. Cea mai urcată temperatură care s'a produs a fost 39,9 grade, precedată de frison (fig. 2).

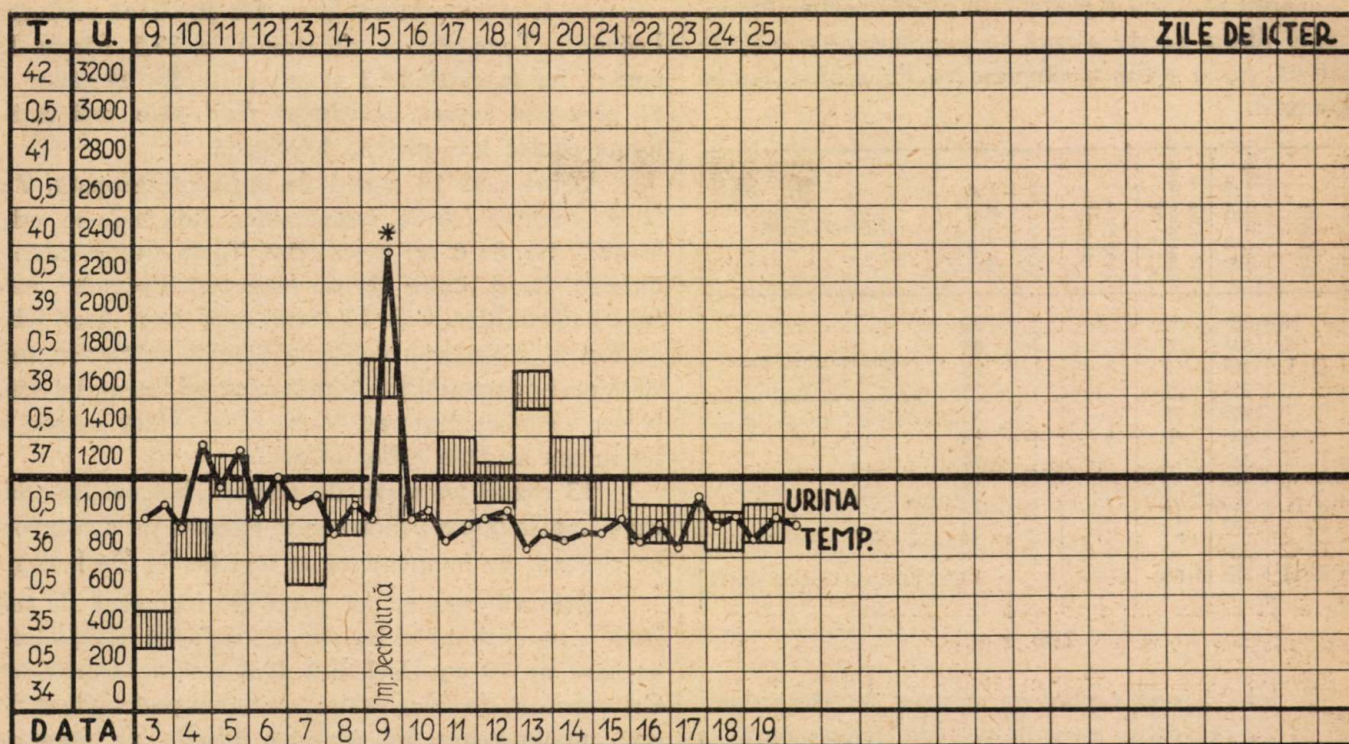
În tabl. 1 și 2 sunt reproduse cazurile de icter cataral la care s'a obținut ridicarea temperaturii. La o privire de ansamblu consultând datele înscrise, putem trage o concluzie interesantă: toate cazurile prezintă aproape în întregime caracterele principale descrise la capitolul clinic și atribuite *forme colangiolitice*¹⁾ a icterului cataral: hepatomegalia este prezentă la toate cazurile (afară de numărul 16), splenomegalia de asemenea la marea majoritate este prezentă, viteza de sedimentare a hematiilor este mărită (afară de cazul 6 și 18), iar durata colorației icterice este în toate cazurile peste 4 săptămâni (exceptie fac cazurile 4, 7, 16 și 23, care au părăsit însă serviciul fără indicații medicale, fără a

¹⁾ Vezi: O. Fodor: Concepții noi în icterul cataral. Contribuții clinice și de laborator. Tip. Cartea Românească 1944.



V.1943

Fig. 1 — (obs. 792/1943)



XII. 1943

Fig. 2 — (obs. 1728/1943)

Nr.	Numele	Temp. maximă după 10 cc, Dech.	Bilirubinemia mgr. %			Leucocitoza înainte, 4 ore, 8 ore	Viteza de sedimentare a hematiilor mm. la 2 ore W.			Bilirubinuria mgr. in 24 h.		Hepatome- galie	Splenome- galie	Zile de icter obs. in clinică	Observațiuni
			înainte	4 ore	8 ore		înainte	4 ore	8 ore	după	înainte				
1	D. D.	38 ³	2,07	10,71	28,13	7 600 10 100 7 600 8 800 14 600	55	76	57	14,1	27,38	++	—	45	R. W. intens pozitiv. Nu a făcut tratament cu Neosalvarsan.
2	C. V.	38 ⁸	7,34	11,76	8,8	13 600 8 000 8 200 8 600 6 000 7 800	48	80	75	21,3	10,2	+++	+	32	
3	B. C.	39 ⁵	1,62	2,0	2,14	6 400 6 000 7 800 6 400 6 000 5 800	57	68	65	4,80	13,13	+	—	30	
4	L. E.	38 ³	6,73	6,51	8,21	6 400 6 000 5 800 5 600 4 000	65	103	122	4,1	2,73	+	—	25	Părăsește serviciul icterică
5	S. I.	37 ⁸	13,2	17,02	17,07	6 200 8 800 7 400 7 200 8 000	9	28	20	—	—	+++	++	40	
6	T. C.	37 ⁶	5,55	5,47	5,10	8 000 8 000 7 600 9 000	8	3	10	9,72	12,5	++	+	90	
7	P. I.	37 ⁶	5,92	5,60	6,29	13 600 5 300 5 600	93	98	80	28,67	10,36	+	+	25	
8	S. V.	37 ⁶	1,70	2,96	3,25	5 800 6 600 8 800 9 600	77	83	77	18,2	41,4	+	+	50	
9	V. A.	37 ⁵	9,17	10,52	12,28	5 800 6 600 8 800 9 600	35	29	30	14,49	20,08	++	+	28	
10	V. E.	37 ⁵	15,24	16,28	16,20	5 800 6 600 8 800 9 600	20	26	30	20,2	28,98	++	++	32	
11	J. I.	37 ⁵	19,98	21,46	18,5	5 800 6 600 8 800 9 600	20	30	30	38,96	56,83	+	+	41	

Tabl. 1

fi decolorați sau fără a prezenta o pollurie eliberatoare). Niciunul dintre aceste cazuri nu a prezentat o oligurie manifestă, iar o pollurie eliberatoare s'a schițat numai la 4 cazuri.

Nr.	Numele	Temp. max. după 10 cc. Dech.	Vit. sedim. a hematiilor mm. la 2 h. W.	Hepato-megalia	Splenomegalia	Zile de icter observat în clinică	Observațiuni
12	P. N.	38 ⁰	60	+	+	30	
13	F. M.	38 ⁵	25	+++	+	45	
14	D. I.	39 ⁰	42	++	+	28	Ascensiune febrilă precedată de frison
15	G. A.	37 ⁵	25	+	+	23	Părăsește serviciul icteric
16	B. E.	37 ⁸	75	—	—	15	Părăsește serviciul icteric
17	P. I.	37 ⁵	40	++	+	63	
18	T. E.	38 ²	12	+	+	78	
19	N. A.	38 ⁰	32	+	++	30	
20	S. A.	37 ⁵	26	++	+	71	
21	F. I.	38 ⁰	29	++	+	33	
22	G. C.	38 ⁵	—	++	+	56	
23	R. H.	38 ⁵	68	+	—	13	Părăsește serviciul icteric

Tabl. 2

În tabl. 3 sunt reproduse cazurile de icter cataral care nu au reacționat cu ridicarea de temperatură la injecția de Decholină. O observație aproape constantă care o putem face asupra acestor cazuri, este absența hepato-splenomegaliei, iar colorația icterică a fost de durată mai scurtă sau mijlocie. Viteza de sedimentare nu are o comportare caracteristică, totuși în multe cazuri este normală sau chiar scăzută. Majoritatea cazurilor au prezentat o oligurie manifestă terminată uneori prin pollurie eliberatoare.

Nr.	Numele	Temp. maximă peste 37,5 după 10 cc. Dech.	Vit. sed. mm. la 2 h. W.	Hepato-megalie.	Splenomegalie	Zile de icter observate în clinică	Observațiuni
1	M. N.	—	14	+	+	30	
2	N. M.	—	10	++	—	37	
3	S. I.	—	4	—	—	20	
4	H. I.	—	20	—	—	17	
5	B. L.	—	18	—	—	20	
6	D. C.	—	51	++	—	30	
7	D. V.	—	55	++	—	19	Icter paraterapeutic.
8	S. N.	—	20	++	—	26	
9	A. I.	—	4	—	—	17	
10	C. I.	—	3	—	—	34	
11	F. G.	—	45	—	—	17	
12	D. G.	—	4	+	—	38	
13	S. F.	—	26	+	—	23	
14	G. I.	—	22	—	—	36	
15	C. A.	—	32	+	—	30	
16	P. V.	—	8	++	—	31	
17	N. M.	—	2	—	—	24	
18	Ma. N.	—	24	—	—	10	Lamblii prezente în sucii duodenali.
19	G. A.	—	2	—	—	16	
20	B. Iv.	—	6	—	+	25	
21	S. F.	—	16	—	++	23	

Tabl. 3

Dintre cele 15 cazuri de ciroze hepatice, 4 au prezentat ridicare de temperatură și anume 3 ciroze

hepatice icterigene Hanot și un caz de ciroză ascitogenă Laënnec. Temperatura s'a ridicat la 37,5 (ciroza Laënnec), iar în celelalte 3 cazuri peste 38. 11 cazuri nu au prezentat această reacțiune, fiind cele mai variate forme clinice însă niciuna icterigenă.

Dintre cele 19 cazuri de anglocolecistopatii, 7 au făcut reacțiunile febrile, temperatura ridicându-se odată la 37,5, iar de 6 ori peste 38,5. Toate au fost suferințe litiazice, iar 5 dintre ele au prezentat fenomene manifeste angicolitice. Cele 12 cazuri care nu au făcut febră, au fost în majoritate anglocolecistopatii nelitiazice, suferințe post-operatorii, ictere mecanice prin tumori a căilor biliare extrahepatice sau litiază biliară fără semne de inflamație acută a căilor biliare.

13 cazuri au servit de martori, bolnavi fără suferințe hepato-biliare, dintre care niciunul nu a reacționat cu ridicare de temperatură la injecția de Decholină.

Bolnavii care nu au prezentat fenomene de suferință a parenchimului hepatic, au suportat injecția intravenoasă de 10 cc. Decholină fără niciun inconvenient. Cei suferinzi de icter cataral cu forme prelungite și durează multumitoare, au suportat injecția de asemenea fără fenomene prea serioase: ușoară jenă în hipocondrul drept sau grețuri ceva mai accentuate în ziua administrării. La toți aceștia am observat o creștere a diurezelor în următoarele 24 ore după injecție, ajungând uneori la cantitatea dublă din ziua precedentă. Nu la fel de bine au suportat acest procedeu cazurile de icter cataral cu oligurie accentuată, formele care nu prezintă hepatomegalie, numite de noi parenchimo-celulare. La aceștia adeseori s'au accentuat fenomenele de insuficiență hepatică, grețuri accentuate, uneori vărsături, dureri în hipocondrul drept, cefalee, adinamie, icterul de multe ori s'a accentuat, iar în unele cazuri s'a accentuat și oliguria în această zi. Aceste cazuri în absoluta majoritate nu au reacționat cu febră la administrarea preparatului de săruri biliare.

După o revizuire a tuturor cazurilor care au prezentat reacțiunea caracterizată prin ridicarea de temperatură după injecția de Decholină, se evidențiază ca o constatare generală că aceasta s'a prezentat în absoluta majoritate, în cazurile de afecțiunile hepato-biliare, cu fenomene angicolitice. Rezultate evidente în acest sens sunt cele 23 de cazuri de icter cataral din tabl. 1 și 2, care toate corespund formei anatomo-clinice de ictere catarale colangiolitice, încât am putea considera ca un semn destul de caracteristic al acestei forme reacția febrilă la Decholină. Sigur că și acest semn trebuie interpretat cu rezerva cuvenită, așa cum procedăm și cu celelalte semne clinice, numai din prezența concomitentă a cât mai multe dintre ele, putând să încadrăm cazurile în formele clinice stabilite. Nu vrem să afirmăm că prin simpla reacție febrilă deosebim formele între ele, ci numai să revelăm acest semn, care împreună cu alte

semne anatomo-clinice, să poată fi de ajutor în stabilirea formelor respective.

Cele două tipuri anatomo-clinice pure — parenchimo-celulară și colangiolitică — a icterului cataral sunt destul de rare. Întâlnim mai des așa numitele forme mixte, în care găsim întricate semnele celor două tipuri. Prezența reacției febrile la Decholină o interpretăm în favorul prezenței componentei colangiolitice.

Mecanismul patogenetic al febrei post-Decholină nu este ușor de explicat. Cu siguranță ea nu este provocată de însuși substanța injectată. După cum am amintit, ridicarea de temperatură se prezintă cam la 8 ore după injecție. Dacă aceasta ar fi datorită substanței injectate, temperatura ar trebui să se prezinte mai repede după administrare și să nu arate o predicție evidentă numai pentru o anumită categorie de bolnavi.

Credem probabilă următoarea interpretare: Dehydrocolatul administrat, produce la indivizii unde găsește celule hepatice în stare funcțională bună și în cantitate suficientă, o augmentare a volumului secreției biliare, mai ales atunci când porțiunile centro-lobulare nu sunt prea mult alterate în cursul procesului de hepatită. Modificările funcționale la acest nivel sunt dovedite experimental de *Miletti* și *Canevazzi*. Dacă fluxul biliar mărit găsește drum liber spre capilarele, canaliculele și canalele biliare, acesta se scurge pe căile naturale fără niciun inconvenient. Dacă aceste căi nu sunt permeabile, mai ales capilarele și micile canalicule, ne putem ușor închipui că o parte a acestui flux mărit, care va lua cu el și detritusul celular sau poate chiar microbi, se va îndrepta spre căile limfatice pericapilare și spre capilarele sanghine, putând produce în aceste cazuri o reacție tradusă prin febră. Acest lucru se poate petrece cu atât mai ușor, că și structura traveelor hepatice este bulversată și deci spațiile limfatice și uneori și capilarele sanghine deschise. Că prin procesul colerezal se produce o derivație și spre spațiile limfatice și capilarele sanghine, o putem observa și din ușoara creștere a bilirubinemiei după injecție la 4 și 8 ore, așa cum reiese aproape din toate cazurile din tabl. 1. Derivația spre căile biliare extrahepatice reiese din augmentarea cantității de bilă în 24 ore pe care am observat-o și noi la indivizii cu drenaj în T. a coledocului, cărora li s'a putut recolta bila.

Pentru ca să se producă colereza mărită, trebuie ca suprafața funcțională a celulelor hepatice să nu fie prea mult redusă. Această stare isto- și fizio-patologică o găsim mai cu seamă în formele periacinoase sau co-

langiolitice a icterului cataral. Alci procesul anatomo-patologic nu interesează prea profund regiunea centro-lobulară, leziunile mai pronunțate fiind periacinoase și colangiolitice. În formele parenchimo-celulare, unde procesul degenerativ centro-lobular este pronunțat, nu se produce nici febră, diureza nu crește, fenomene care le interpretăm în sensul unei diminuări sau absențe totale a reacțiunii coleretice, adică lipsei augmentării fluxului biliar, rezultat din diminuarea funcțională centro-lobulară.

În acest fel, apariția puseului de febră produs experimental prin administrarea de injecții de Dehydrocolat de sodiu ne pare explicabilă în multe ictere catarale.

CLINICA I MEDICALĂ

Director: Prof. Dr. Iuliu Hațieganu.

RESUMÉ

L'auteur a administré le dehydrocolat de sodium chez des individus avec des affections angio-cholecysto-hépatiques, et il a constaté dans ces conditions une réaction fébrile. On a exécuté la réaction chez 100 malades, dont plusieurs ont présenté la réaction positive. On a appliqué la réaction surtout dans les icteres catarrhaux en cherchant à différencier par cette méthode les diverses formes anatomo-cliniques de cette maladie. L'auteur considère la réaction positive comme assez caractéristique pour les formes cholangitiques de l'ictère catarrhal.

ZUSAMMENFASSUNG

Nach Verabreichung von Natrium-Dehydrocolecium an Individuen die irgendwelche angio-colecysto-hepatische Leiden aufwiesen, wurde manchmal eine Temperaturerhöhung festgestellt. Die an Gelbsüchtigen, mit chirurgische Gallenblasenfistel, gemachte Beobachtung, dass nach einem Temperaturanstieg ein verstärkter Gallenfluss stattfindet, so wie die histo- und physiologischen Veränderung der Leberzellen nach Verabreichung eines choleretischen Mittels, veranlassten uns bei Gallen- und Leberleiden diese Reaktion mit Natrium-Dehydrocolecium hervorzurufen. Von 100 durchgeführten Reaktionen, gaben mehrere ein positives Ergebnis. Die Reaktion wurde bei solchen Fällen positiv, wo die cholangitische Komponente vorhanden war.

Von besonderen Interesse war für uns die Anwendung dieser Reaktion bei Icterus Catarrhalis, indem wir versuchten mit ihrer Hilfe die verschiedenen anatomo-clinischen Formen dieser Krankheit zu differenzieren. Den positiven Ausfall der Reaktion betrachten wir als genügend charakteristisch für die Form des Icterus Catarrhalis, die die cholangitische Komponente aufweist. Die Entstehung der Fieberreaktion führen wir auf die Ablenkung des Gallenflusses zu den pericapillären-, limphatischen und capillären Gefässen zurück. Diese Ablenkung ist durch die unzureichende Permeabilität der normalen Gallwege bedingt.

Studiu anatomo-clinic asupra cazurilor de ocluzii intestinale prin diverticolul lui Meckel, observate în Clinica Chirurgicală

de

Dr. Zeno St. Borza
Conf. Universitar

Prezența formațiunii diverticulare pe terminațiunea ileonului a fost descrisă pentru prima oră de *Lavater* în anul 1699.

Meckel a fost însă acela care la 1812 a explicat prezența acestei formațiuni prin persistența canalului omfalo-mezenteric, sau prin regresivitatea defectuoasă a acestui canal.

Atențiunea chirurgilor a fost îndreptată de foarte mult timp asupra acestui diverticol, prin faptul că s'a observat o asociație frecventă între prezența lui și anumite afecțiuni ca: peritonita, ileusul, fistulele ombilicale, etc.

După anumite date statistice, frecvența persistenței acestui diverticol este destul de mare. Astfel *Christie* îl găsește de 63 ori pe 5768 de autopsii. *Hilgenreiger* îl întâlnește odată pe 50 cadavre. După datele societății anatomice engleze diverticolul se întâlnește în proporția de 1 la 65 de cazuri autopsiate.

După o altă statistică a lui *Maximovici* făcută pe 25,000 autopsii, frecvența sa este de 1,3% la om.

Balfour întâlnește diverticolul de 15 ori pe 10,000 operațiuni abdominale executate în clinica lui *Mayo*.

În clinica chirurgicală din Cluj diverticolul lui *Meckel* a fost întâlnit de 17 ori pe 11.674 de operațiuni abdominale.

El este asociat într-o proporție de 30% cu alte anomalii de dezvoltare după *Christie*.

Dintre cele 17 cazuri întâlnite în serviciul clinicii noastre, la care s'a constatat prezența diverticolului lui *Meckel*, 8 cazuri au prezentat ocluzia intestinală. În trei cazuri intervențiunea chirurgicală a fost executată pentru un proces inflamator (diverticulită), iar într'un caz diverticolul a prezentat un ulcer peptic perforat cu peritonită generalizată. În restul de 5 cazuri, diverticolul a constituit o descoperire incidentală în cursul unor laparotomii executate pentru diferite alte afecțiuni abdominale.

Canalul omfalo-mezenteric, care se obliterează în mod normal la un embrion de 5—6 mm, poate persista în mod anormal până la naștere.

Această persistență se poate manifesta printr-o, serie întreagă de variații anatomice, dintre care cele mai principale sunt:

- a) canalul omfalo-mezenteric persistă în întregime;
- b) canalul persistă numai în porțiunea sa proximală, până când porțiunea sa periferică se obliterează complet, persistând totuși sub forma unei bride, denumită „ligament terminal”;

c) canalul persistă numai în porțiunea sa centrală, până când extremitatea sa proximală și cea distală se obliterează. În astfel de cazuri porțiunea centrală se manifestă sub forma unui chist diverticular intraabdominal (enterokistom);

d) canalul persistă numai în porțiunea sa proximală, păstrându-și comunicarea cu terminațiunea ileonului. Porțiunea sa periferică se obliterează și dispăre complet.

Această varietate constituie diverticolul lui Meckel adevărat.

Foarte adeseori extremitatea liberă a diverticolului se continuă printr-o bridă de-o lungime variabilă denumită „filum terminale”.

Această bridă poate să fie liberă sau poate fi aderentă de organele învecinate. Aderența bridelor la peritoneul parietal ant. este posibilă, dar în acest caz ea nu corespunde ombilicului;

e) persistența canalului omfalo-mezenteric în porțiunea sa periferică determină dezvoltarea chistelor intra-parietale sau a chistelor preperitoneale.

Diferitele variații anatomice descrise pot provoca ocluzii intestinale prin mecanisme foarte variate. Iată în ce fel sau manifestat aceste mecanisme în cazurile observate de noi:

Obs. Nr. 1. Cs. E. casnică în vârstă de 24 ani, dom. în Cluj.

Se prezintă în serviciul clinicii la 6 Aprilie 1932, prezentând dureri în regiunea ombilicală, dureri care au apărut după ridicarea unui obiect greu și care după scurt timp sau generalizat pe întregul abdomen. A avut vărsături. De 2 zile n'a avut nici scaun nici emisiuni de gaze.

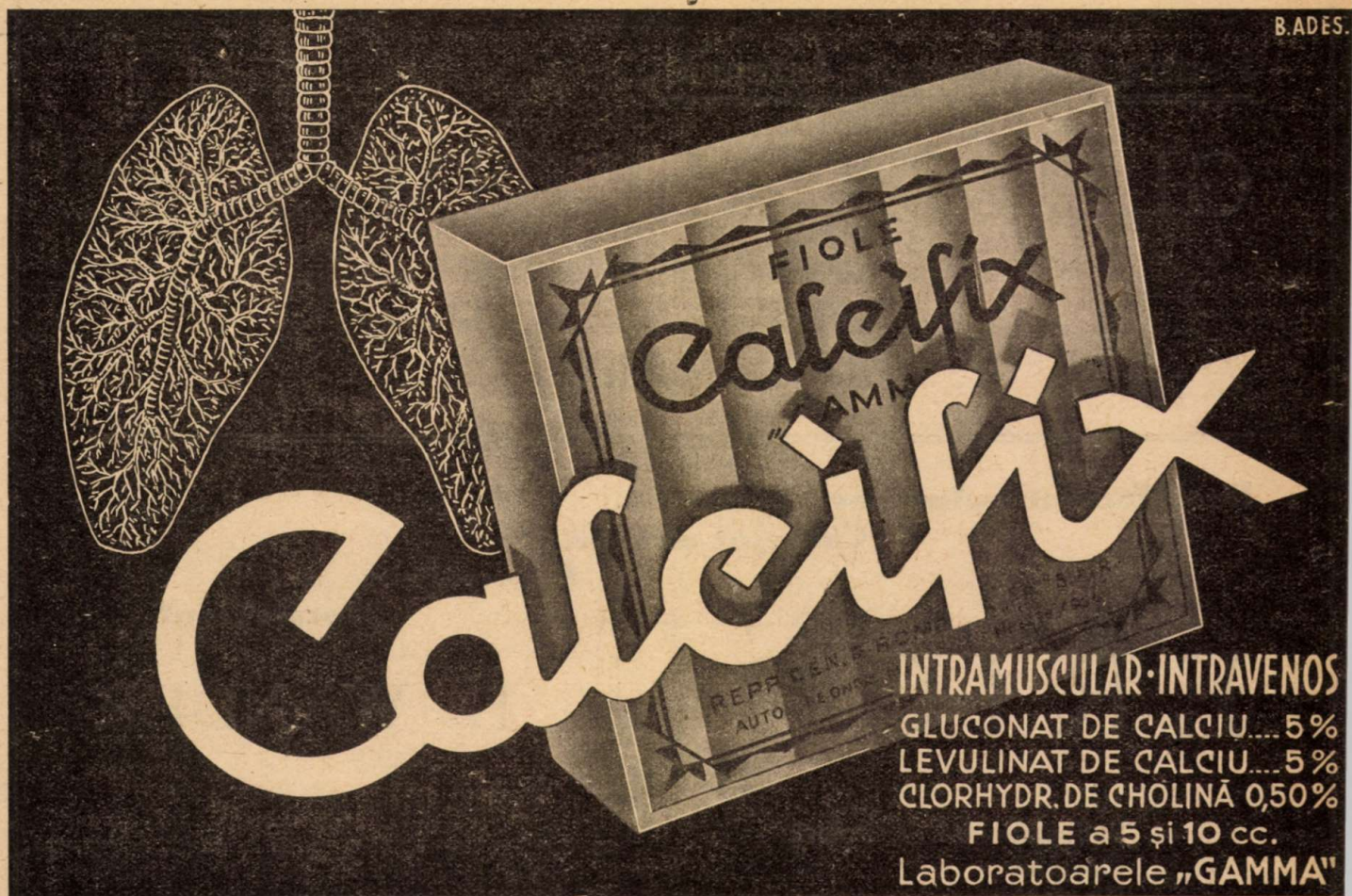
La examen general se constată: Temp. 38°. Puls 100. Starea generală alterată.

Examen local: Abdomenul destins și este foarte sensibil pe întreaga sa suprafață. Peri-ombilical sensibilitatea este mai pronunțată. Defensă musculară generalizată. Semne de clapotaj.

Se intervine de urgență în anestezie generală cu eter.

Operația: Laparotomie mediană subombilicală. La deschiderea cavit. abd. se evacuează un lichid sero-citrin. Ansele intest. subțiri sunt foarte dilatate, congestionate. Pe ileon la 35 cm. distanță de la unghiul ileo-coecal se constată prezența unei stenoze intestinale aproape complete și un proces de mezenterită retracțilă cu punct de plecare de la același nivel.

Imediat sub nivelul stenozei se constată prezența div. lui *Meckel*, care este inflamă și are vârful aplicat pe mezenterul învecinat, unde este fixat prin aderențe puternice. Eliberând vârful lui din aceste aderențe cu multă dificultate, observăm că stenoza intestinală nu este deloc influențată. Se decide rezecția de intestin pe o distanță de 20 cm.



Calcifix

FIOLE

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %

LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %

CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.

Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

Frieștune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE

B.ADES.



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

LABORATOARE „GAMMA”

Pentru Calciterapie intensă

GLUCO-CALCIUM „SAPIC“

soluție stabilă de 10% Gluconat de Calciu
pentru injecții intramusculare și intravenoase

fiole de 5 și 10 cmc.

Desinfectant pulmonar

Calmant al tusei

Expectorant

Recalcifiant

ERIGON DR. WANDER SIROP

Sulfogaiacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiți

Bronșite cronice și subacute

Bronșectazii Tuberculoză

AVITAMINOZELE C. CITAMINO DR. WANDER TABLETE

1 tabletă = 0,05 gr. Vitamina C.

Tuburi cu 20 tablete

Mostre și literatură trimise la cerere :

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

Continuitatea intestinului este restabilită printr'o anastomoză latero-laterală. Se drenează Douglas-ul cu un tub și o meșă. În jurul drenajului se închide plaga în trei straturi.

Evoluție și trat post-operator: După intervenție starea bolnavei se menține gravă. Deși se caută să se remonteze cu inj. cardiotonice, ser fiziologic subcut. și transfuzie de sânge, bolnava sucombă a 5-a zi cu fenomene de peritonită și insuf. cardiacă.

În această observațiune, ocluzia intestinală a fost provocată de stenoza intestinală situată imediat deasupra implantării diverticolului.

Diverticolul inflammat a fost fixat prin vârful său la nivelul mezenterului, provocând o mezenterită retractilă și o cudură a ansei la acel nivel. Infecțiunea survenită în urma tulburărilor de pasaj și a stazei consecutive, a provocat o stenozare a intestinului și ocluzia, ce s'a declanșat în mod evident cu ocazia unui efort fizic considerabil.

Obs. Nr. II. H. A. plugar în vârstă de 34 ani, dom. în comuna Aluniș, jud. Someș.

Antec. pers.: Bolnavul a prezentat înainte cu 2 luni dureri abdominale pronunțate cu deosebire în flancul dr. ce iradiau în epigastriu. Durerile erau întovărășite uneori de ghiorăituri. Aceste fenomene s'au succedat în mod periodic, fiind urmate de o stare de acalmie.

Înainte cu trei zile prezintă din nou dureri sub forma de crampe abdominale, care erau de data aceasta mult mai pronunțate, fiind întovărășite de asc. de temp., constipație și de vărsături bilioase și apoi fecaloide. Cu aceste fenomene se prezintă în serviciul clinice în ziua de 10. VIII. 1935.

La examen general se constată: Temp. 37°. Puls 85. Starea gen. alterată. Din partea aparatului respirator și circulator nu se constată nimic anormal.

Examen local: Abdomenul balonat. Cicatricea ombilicală foarte retractată. Pe suprafața abdomenului se remarcă mișcări peristaltice. La palpație abdomenul este sensibil în deosebi în reg. fossei iliace dr. Defensă musculară generalizată. La ex. radioscopic se constată numeroase nivele de lichid în reg. ombilicală, flancul și fossa iliacă dr.

Se intervine de urgență, executându-se o laparotomie pararectală dr. La deschiderea cavit. peritoneale se constată o dilatare pronunțată a ansei intestinale subțiri. La 35 cm. distanță dela valvula lui Bauhin se constată prezența div. lui Meckel, care este puternic inflammat cu deosebire la nivelul vârfului, care are aspectul de măciucă.

Dela acest vârf pleacă o bridă fibroasă ce se întinde până la ombilic. La baza diverticolului se constată o serie de aderențe care fixează div. la ansa aferentă și mezenter. Această ansă aferentă imediat învecinată, este aplicată călare și cudadă pe cordonul întins diverticulo-ombilical, fiind menținută în această poziție de aderențele semnalate. Ansa aplicată pe bridă este cudadă într'un unghiu de aprox. 50°.

După secționarea bridei și desfacerea aderențelor, cudura intestinală dispăre, iar ansele intestinale își revin.

Se aplică o pensă la baza diverticolului și se rezeacă la acest nivel. Bontul, asupra căreia se aplică o ligatură, este înfundat cu un fir în bursă. Cavitatea abd. se închide complet.

Evoluție post-operatorie. În afară de o ușoară supurațiune a colțului inferior al plăgii, bolnavul evoluează în cele mai bune condițiuni și după 15 zile dela data intervenției părăsește serviciul clinice vindecată.

Obs. Nr. III. D. I. plugar, în vârstă de 38 ani, domic. în Banadria, jud. Turda.

Boala actuală datează din ziua de 8 Septembrie 1924 și a debutat în mod brusc cu dureri abdominale localizate peri-ombi-

lical, ce iradiau în spre fossa iliacă dr. și erau întovărășite de greață, vărsături și sughiț

N'a mai avut scaun de 3 zile. Cu aceste fenomene se prezintă în clinică în ziua de 12 Sept.

La examinarea constatăm: Temp. 36,8°. Puls 56. Starea generală debilă. Tegumentele palide, mucoasele cianotice.

Leucocite în sânge 9000. Examenul urinei nu arată elemente patologice.

Examen local: La inspecție abdomenul este ușor balonat. La palpație se constată o sensibilitate difuză. În jurul ombilicului și în fossa iliacă dr. defensă musculară. Dg. pre-operator: apendicită enterogenă simplă

Se decide intervenția chirurgicală. Se face incizia Jalaguier. La deschiderea cavit. abd. se pune în evidență coecul și apendicele care au un aspect normal. Explorând terminațiunea ileonului constatăm la aprox. 40 cm. dela unghiul ileo-coecal prezența divertic. Meckel care are o direcțiune de jos în sus și dela dreapta la stânga, orientându-se înspre ombilic, la care nivel este aderent de peritoneul parietal, formând la acest nivel o plică. În dreptul acestui diverticolul întins ca o coardă, se constată o strangulare laterală a unei anse ileale învecinate. De asemenea în urma tensiunii diverticolului se cudează puternic și ansa la nivelul căreia se plantează baza diverticolului.

Atât strangularea laterală, cât și cudura ansei amintite cedează imediat după eliberarea div. la nivelul inserțiunii lui parietale.

Se extirpă apoi div. după tehnica obișnuită a unei apendicectomii, și se închide complet cav. abd.

Trat și evoluție post-operatorii: Prima zi după intervenție sughițul persistă. Se adm. 1000 cmc. ser fiziologic subcut. inj. cu papaverină și se aplică aer supra-încălzit pe abd.

Ziua a doua starea gen. se agravează. Temp. 38,5°, pulsul 120. Bolnavul este agitat. Bolnavul sucombă a treia zi cu fenomene toxice grave.

Obs. Nr. IV. N. S. muncitor dom. în Valea Caldă, jud. Someș.

Antec. personale: La vârsta de 7 ani a suferit de febră tifoidă. Din anul 1936 suferă de tbc. pulmonară.

Boala actuală datează din ziua de 7 Decembrie 1936 și a debutat cu dureri în etajul abd. inf. urmate de o balonare progresivă. În ziua de 19 Ianuarie 1937, acestor fenomene se mai atașează vărsături bilioase fecaloide și constipație. La intervenția (care s'a executat de urgență) s'a constatat o peritonită bacilară și numeroase aderențe intestinale care în regiunea fossei iliace dr. formează un adevărat bloc, imposibil de explorat.

Ansele intestinale se iradiază timp de 5 min. cu raze ultraviolete și apoi cavit. abdom. se închide complet.

Bolnavul cu plaga vindecată părăsește serviciul după 12 zile, recomandându-i-se un tratament adecvat. După o ameliorare evidentă pentru o perioadă de 1½ an, bolnavul prezintă din nou tulburări în luna Iunie 1938.

De data aceasta ele s'au manifestat prin dureri abdominale difuze, vărsături, constipație și lipsa emisiunilor de gaze. Fenomenele durau 2—3 zile, după care observa din nou o ameliorare.

În ziua de 9 Ianuarie 1939 fenomenele s'au repetat, însă de data aceasta au avut o intensitate neobișnuită. Bolnavul în stare gravă este transportat din nou în serviciul clinice noastre.

Operația: Relaparatomie supra și sub-ombilicală. La deschiderea cav. peritoneale se constată prezența unei bride puternice ce aderă de peretele abd. ant. în dreptul ombilicului. Urmărind această bridă constatăm că ea se inseră la capătul său central pe vârful div. Meckel. În jurul acestei bride se cudează într'un unghiu de 70° o ansă ileală învecinată. Ansele jejun-ileale în continuare cu capătul aferent al acestei anse cudate, sunt foarte mult dilatate și congestionate. Se extirpă div. împreună cu prelungirea sa fi-

broasă. Bontul diverticular se leagă și se infundă cu un fir în bursă. La nivelul perit. parietal și a anșelor intest. se mai constată prezența de noduli tbc-osi.

Se închide complet cavit. peritoneală în trei straturi.

Evoluție și trat. post-operator: În ziua a doua bolnavul are emisiuni de gaze spontan. Afebril. În ziua 3-a are scaun după clismă și inj. de prostigmin. În ziua a 21-a părăsește serviciul clinice vindecat.

În aceste trei observații ocluzia intestinală a fost provocată de cudura unei anse sau de strangularea laterală asupra intestinului.

Diverticolul lui Meckel, sau brida ce-l continuă, comprimă asupra peretului intestinal, însă această compresie nu se face în mod circular și nici mezențerul nu este interesat în compresie.

În observațiile a II-a și a IV-a mecanismul obstrucției a fost similar cu acela descris de Treves de „*plaidverschluss*“, adică când ansa intestinală atârână și se cudează pe o formațiune diverticulară foarte întinsă, întocmai ca rufele pe o sfoară întinsă.

Obs. Nr. V. L. A. de prof. mecanic, dom. în Cluj. În vârstă de 22 ani.

Antec. heredo-colat. Tatăl suferă de tbc. pulmonară.

Antec. pers. A suferit de helmintiază. A fost operat înainte cu 3 ani de apendicită.

Boala actuală a debutat insidios înainte cu 21/2 ani și s'a manifestat prin dureri abd. difuze. Durerile se accentuau după alimentație și erau întovărășite de vărsături. Prezența de asemenea scaune frecvente. Aceste fenomene durau 1—2 săptăm. apoi se ameliorau sau dispăreau pentru o perioadă variabilă.

Înainte cu 2 luni a prezentat din nou dureri mari în hipcondrul dr. urmate de scaune decolorate cu mucozități și sânge. La data de 7 Octombrie 1931, se internează în clinica medicală cu fenomene de icter. În cursul tratamentului urmat în aceea clinică prezintă brusc fenomene abdominale acute, urmate de o balonare pronunțată a abdomenului, precum și accese de tetanie. Durerile erau mai accentuate în fossa iliacă dr. în jurul vechii cicatrice operatorie.

Diagnosticul pre-operat: Ileus prin bridă după apendicectomie.

La examen general: Starea generală alterată. Temp. 37,8°, Puls 100. Mâna sub formă de „accoucheur“. Sist. nervos: Reflexele cutanate și tendinoase ușor exagerate. Semnul lui Kvoستek pozitiv.

Examen local: Abdomenul este balonat cu deosebire periumbilical. În fossa iliacă și flancul dr. se observă venectazii pronunțate.

La palpație se constată o sensibilitate pe întreaga suprafață, cu puncte mai pronunțate în flancul dr. și în jurul cicatricei operatorii.

Ex. urinei nu arată prezența de elemente anormale. Proba Inbert-Bonnamour negativă. Cloremia este de 3,4 gr. la un litru de ser sanghin.

Se intervine de urgență.

Operația: Laparotomie mediană sub-ombilicală. Incizia depășește cu două degete în sus ombilicul. La deschiderea cavității abd. se constată că ansele intest. subțiri sunt foarte dilatate, de culoare roșie violacee.

Pe terminațiunea ileonului, la 30 cm. de coec, se constată prezența divertic. Meckel având o bază largă de implantare și o lungime de cca. 6 cm. Diverticolul este repliat în jurul ansei sale

de origine și vârful său, care se termină printr-o prelungire fibroasă, este fixat de rădăcina mezențerului. Prin această aderență ansa intestinală este răsucită cu aprox. 140° pe axul său, formând două strangulări prin torșiune situate aprox. la 15 cm. în dreapta și în stânga punctului de implantare a div. Porțiunea intestinalului situată între cele două strangulări este gangrenată. Se eliberează vârful div. și se execută rezecția de intestin a porțiunii ansei gangrenate după tehnica clasică. Continuitatea intestinală se restabilește printr-o anast. latero-laterală.

Se închide complet cavit. perit. în trei straturi.

Evoluție și trat. post-operator: În primele zile după interv. bolnavul prezintă asc. de temp. până la 38,8°. Tetania dispărută. Se adm. zilnic 40 cmc. ser hipertonic și inj. de calciu clorat.

A 4-a zi are scaun spontan. Balonarea dispărută. În ziua a 8-a se scot firele. Plaga este vindecată per primam. Părăsește serviciul clinice vindecat după 13 zile dela data intervenției.

În acest caz ocluzia intestinală a fost provocată prin torsionarea ansei de implantare a diverticolului lui Meckel în jurul unui ax perpendicular pe axul mezențeric. La producerea acestor torșuni participă următoarele împrejurări favorizante: lungimea ansei intestinale precum și starea pereților intestinului. Intestinul cu pereții subțiri favorizează în special astfel de torșuni. Rolul diverticolului este variat în astfel de cazuri, după cum capătul lui este mobil sau fixat.

Când diverticolul este mobil, el poate exercita prin greutatea lui un anumit efect rotator; când diverticolul este fixat prin vârful său la nivelul mezențerului, prin rețracțiunea acestuia el va tracționa în sens rotator pe axa longitudinală a intestinului, apropiind din ce în ce mai mult punctul de inserțiune a diverticolului de punctul de inserțiune a mezențerului.

O altă posibilitate de ocluzie prin div. lui Meckel este strangularea unei anse intestinale într-o hernie internă, provocată de prezența unui inel creat prin anumite dispozițiuni anormale a diverticolului și a prelungirilor sale fibroase.

Obs. Nr. VI. R. T. în vârstă de 54 ani, plugar, domic. în comuna Dânc, jud. Cluj.

Antec. person. În copilărie a fost foarte debil.

Boala actuală: datează din 6 Noiembrie 1936 și a debutat brusc cu dureri abdominale, însoțite de febră și alterațiunea stării generale. Durerile abdominale au fost generalizate. La scurt timp abdomenul începe să se baloneze. A prezentat greață, vărsături și constipație.

Se internează în clinica medicală, de unde după ce i se fac examinările necesare, este transpus la clinica chirurgicală.

La examinarea constatăm: Temp. 37,5°. Puls 110. Starea generală gravă. Pielea extremităților este uscată, atrofică, pigmentată brun. Tes. adipos și muscular redus.

Examen local: Abdomenul foarte destins. La palpație se constată o sensibilitate pronunțată; sensibilitatea maximă corespunde unui punct situat în partea dreaptă a ombilicului.

Se decide intervenția chirurgicală.

Operația: Se face laparotomie mediană sub-ombilicală în anestezie rachidiană. La deschiderea cav. perit. se constată o dilatare pronunțată a anșelor intest. subțiri. La 45 cm. deasupra unghiului ileo-coecal se pune în evidență prezența div. lui Meckel ce se continuă cu o prelungire fibroasă, lungă de 6—7 cm.

Această prelungire fibroasă aderă la baza diverticolului, formând un inel în care s'a angajat și strangulat două anse subțiri. După eliberarea vârfului fibros al div. se eliberează ansele strangulate, dintre care una prezintă o porțiune gangrenată pe o întinere de 25 cm. Se execută rezecția porțiunii gangrenate după care se închide complet cavit. abd. în trei straturi.

Evoluție și trat. post op: Bolnavul după intervenție evoluează în cele mai bune condițiuni. În ziua a 3-a are scaun și emisii de gaze după clismă și inj. cu prostigmin. După 8 zile plaga este vindecată, iar la câteva zile bolnavul vindecat părăsește serviciul clinice.

Obs. Nr. VII. M. A. în vârstă de 19 ani, domic. în Reghinul săsesc, jud. Mureș.

Boala actuală datează din ziua de 8 Octombrie 1934 și a debutat în mod brusc cu dureri abdominale foarte pronunțate ce au fost însoțite de vărsături biliase și greață. Pentru a-și putea calma puțin durerile, bolnavul era nevoit să ia atitudini forțate. Dela apariția durerilor n'a mai avut nici scaun și nici emisii de gaze. În stare gravă este transportat la clinica noastră.

La examinare se constată: Temp. 39°. Puls 120. Starea generală gravă. Din partea aparatelor resp. și circulator nu se constată nimic patologic.

Examen local: Abdom. balonat cu sensibilit. difuză pe toată suprafața. Defensă musculară pronunțată. La ex. radioscopic se constată numeroase nivele de lichid. Examenul urinei arată urme de albumină.

Operația. Se execută laparotomie mediană subombilicală în anest. locală cu novocaină. La deschiderea cavit. abdominale se evacuează un lichid sero-sanghinolent. Ansele intest. sunt dilatate și de-o culoare violacee. La 30 cm. aprox. dela unghiul ileo-coecal se constată prezența div. lui Meckel gangrenat. Dela vârful div. pleacă o bridă perfect rotundă cu un diam. de 2 mm. ce înconjoară mezenterul și ileonul, formând un adevărat laț și apoi vine să se insere pe unghiul ileo-coecal superior.

Ileonul împreună cu mezenterul său dintre inserțiunea divertic. și până în apropierea unghiului ileo-coecal, prezintă un aspect gangrenos.

Se rezecă bridă de prelungire a divertic. se exteriorizează intest. gangrenat fixându-l la perit. parietal ant. În jurul ansei exteriorizate se închide complet plaga abdom. După 28 ore se rezecă ansa exter. cu ajutorul bisturiului electric. În cele două capete ale intestinului se introduc tuburi de cauciuc.

Evoluție post-oper: După intervenție bolnavul este foarte slăbit. Temp. 39°. Puls 140. Se remontează cu inj. de glucoză, strichnină și ser hipertonic. În ziua 3-a starea bolnavului se agravează și mai mult și este foarte deshidratat. La dorința aparținătorilor este transportat la domiciliu, unde sucombă după scurt timp.

În aceste două observații din urmă diverticolul lui Meckel și prelungirea sa au creat porți herniare interne, în care s'au strangulat ansele ileale învecinate. În astfel de ocluzii, ansele intest. pot prezenta numai diminuări de calibru și aceasta se realizează de obicei atunci, când diverticolul inflammat crează în prealabil aderențe, formând numai ulterioare porți herniare.

În încarcerări la nivelul unui orificiu herniar dinainte format, ansele intestinale împreună cu mezenterul respectiv sunt angajate și strangulate după mecanismul obișnuit al strangulărilor herniare.

Obs. Nr. VIII. S. V. copil în vârstă de 10 ani, domic. în comuna Larga, jud. Someș.

Antec. personale: Prezintă o hernie ingh. scrot dr. dela vârsta de 2 ani.

Boala actuală: Datează de 4 zile, adică din ziua de 11 Mai 1931 și a debutat brusc în urma unei căderi dintr'un copac.

La câteva ore după acest accident — dar mai ales în cursul nopții — bolnavul prezintă dureri mari în abdomen, care erau întovărășite de vărsături apoase abundente, asc. termice și transpirațiuni profuze. În dimineața următoare prezintă încă un scaun normal, după aceea scaunul și emisii de gaze au fost complet suprimate. Starea sa s'a agravat progresiv și abdomenul a început să se baloneze. În această stare este adus în serviciul clinice.

La examinare se constată: Temp. 37,2°. Puls 120. Starea gen. gravă.

Examen local: Abdomenul f. destins. Sensibilitate difuză și defensă musculară generalizată. La palpație profundă se simte o împănare difuză în hipocondrul dr.

Se intervine de urgență și se execută laparotomia para-rect. dr. La deschiderea cavit. abd. se constată că jumătatea sup. a colonului asc. și jumăt. dr. a colonului transvers împreună cu unghiul hepatic sunt strangulate de-o bridă și răsucite pe axa mezenterului dela dr. spre stânga, într'un unghi de aprox. 190°.

Porțiunea colonului strangulată prezintă aspect gangrenos. Se eliberează bridă de strangulare, pe care o urmărim până la inserția sa la nivelul terminației ileonului. Dat fiind starea gravă a bolnavului intervenția se limitează la exteriorizarea intestinului gangrenat.

După intervenție la 48 de ore se rezecă ansa gangrenată exteriorizată, cu ajutorul bisturiului electric. Cu această ocazie se elimină un ascarid.

Bolnavul evoluează în cele mai bune condițiuni. După 4 zile se adm. santonină și elimină încă 12 ascarizi. Se remontează repede și după 4 săptăm. dela intervenție plaga din jurul anusului este complet cicatrizată.

În ziua de 10 Iulie 1931 se intervine din nou printr'o laparotomie mediană supra și sub-ombilicală. La deschiderea cavității se constată aderențe întinse în jurul colonului asc. care este fixat la peret. abd. Colonul transvers este mobil dar foarte scurt. Anastomoza între aceste segmente fiind imposibilă, decidem ileo-sigmoidostomia. Explorând terminația ileonului, constatăm prezența div. lui Meckel situat la 3 cm. distanță de coec. Dela vârful div. pleacă o bridă fibroasă, ce se prelungeste până la unghiul ileo-coecal (acolo unde am secționat-o cu ocazia primei intervențiuni).

Se extirpă divertic. lui Meckel împreună cu bridă sa de prelungire și apoi se execută ileo-sigmoidostomia. Se închide complet cavit. perit. în trei straturi.

Evoluție post-op: Bolnavul evoluează în cele mai bune condițiuni și la 12 zile părăsește clinica vindecat. Deși i s'a pus în vedere să se prezinte din nou pentru închiderea anusului colic, bolnavul n'a mai revenit în serviciul clinice.

Diverticolul lui Meckel împreună cu celelalte formațiuni care rezultă din persistența anormală parțială sau totală a canalului omfalo-mezenteric, sunt expuse la o serie întreagă de complicațiuni.

Dintre aceste complicațiuni cele mai frecvente sunt **inflamațiile**. Etiologia și patogenia diverticulitelor este asemănătoare cu cea a apendicitelor.

Apariția diverticulitelor după *traumatism* este posibilă mai ales dacă diverticolul este fixat prin aderențe, este conținut în sacul herniar (Huston, Galeazzi) sau când diverticolul este cufat prin inflamații ale mucoasei, datorite stagnerii conținutului său.

Prezența mucoasei cu structură similară cu cea a stomacului, poate provoca dezvoltarea ulcerelor peptice (Hübschmanns, v. Haberer etc.), care pot perfora, provocând peritonite generalizate.

Prin diferite mecanisme, dintre care o parte au putut fi relevate cu ocazia descrierii cazurilor noastre clinice, diverticolul fie singur, fie continuat de bride fibroase, poate provoca complicațiunile din partea altor organe.

Din această ultimă categorie de complicațiuni, cele mai frecvente sunt *ocluziile intestinale*.

Dar în afară de ocluziile intestinale provocate prin însăși prezența diverticolului și care au la baza lor o origine pur mecanică, ocluziile mai pot fi provocate și în urma afecțiunilor proprii a diverticolului ca inflamațiunile, tumorile lui, etc.

Lichtenstern, Parise, Schmidt și Delore au încercat să facă o grupare unitară științifică a diferitelor forme de ocluzii survenite prin prezența diverticolului lui *Meckel*.

Mai recent *Hilgenreiner* împarte diferitele varietăți de ocluzii în 10 grupe principale:

1. Pensarea ansei intestinale printr'un diverticol fixat.
2. Formarea unui nod diverticular cu strangularea ansei intestinale.
3. Compresunea intestinului prin diverticol.
4. Stenoza intestinului deasupra emergenței diverticolului.
5. Torsunea ansei pe care se inseră diverticolul în jurul axului intestinal.
6. Cudarea intestinului sau a unei anse învecinate prin tensiunea emergenței diverticolului.
7. Invaginația diverticolului și a intestinului.
8. Evaginația intestinului (la nivelul unei fistule ombilicale).
9. Ocluzia intestinală prin inflamația diverticolului.
10. Strangulare sau volvulus intestinal.

Această clasificare a fost acceptată de cea mai mare parte a chirurgilor.

O variantă a acestei clasificări este cea propusă de *Kaspar* și care cuprinde numai 8 grupe:

1. Invaginația diverticolului.
2. Evaginația.
3. Stenoza inflamatorie.
4. Compresunea intestinală (diverticol voluminos de stază, tumoral).
5. Volvulus.
6. Hernie internă provocată prin dispoziția particulară a divertic.
7. Strangulare laterală.
8. Cudare și rotațiune.

În descrierea cazurilor noastre clinice, am căutat să încadrăm cât mai mult posibil fiecare observațiune la diferitele grupe ale acestor clasificări din urmă, cu scopul de-a le sistematiza și de-a facilita interpretarea mecanismului de producere a ocluziei.

Aruncând astfel o privire de ansamblu asupra diferitelor forme prin care s-au manifestat ocluziile inte-

stinale în cazurile noastre, ne putem da seama că în linii mari, după dispozițiunea anatomică, ele pot fi apropiate de diferitele grupe din clasificarea *Hilgenreiner-Kaspar*. Dar diferitele forme clasice de producere a ocluziei se combină adeseori între ele, dând cele mai variate posibilități, prin care se realizează întreruperea pasajului intestinal. (Obs. Nr. III).

Procesul inflamator al diverticolului, care reprezintă în anumite cazuri prin el însuși o variantă ce poate provoca ocluzia, se asociază foarte adeseori la mecanismul ocluziei. Această asociere poate fi realizată fie prin fenomenele acute ale unei inflamațiuni recente, fie prin sechelele unei inflamațiuni cronice (aderențe). În special în urma aderențelor pot apărea retracțiunile, cudări, răsuciri etc. Toate aceste situațiuni noi create, favorizează fie direct, fie în mod indirect, producerea unei alte varietăți de ocluzie, sau a unor varietăți combinate.

Asociația dintre inflamația diverticolului și dintre alte mecanisme de ocluzie, reiese în mod evident din descrierea leziunilor constatate cu ocazia intervențiilor chirurgicale la observațiile Nr. II, Nr. V și Obs. Nr. VII.

Procesele inflamatorii peritoneale pot de asemenea favoriza producerea unor varietăți de ocluzii, în care rolul diverticolului lui *Meckel* este adeseori secundar. Cazul relatat sub obs. Nr. IV este demonstrat în această privință.

Traumatismul a fost invocat în două cazuri observate de noi. Se pare că rolul traumatismului nu poate fi neglijat în ocluziile meckellene, căci prin pareza intestinală pe care o provoacă, pot favoriza anumite momente, ce completează sau permanentizează anumite situațiuni de ordin și cu efect pur mecanic.

Dintre toți acești factori adjuvanți în ocluziile meckellene, de sigur rolul cel mai important îl joacă factorul inflamator. Din acest motiv *Utter* consideră, cu drept cuvânt, subdiviziunea accidentelor provocate de div. *Meckel* în 2 grupe: ocluzii și diverticulite, ca artificială, căci în antec. bolnavilor cu ocluzii se întâlnesc de obicei tulb. inflamatorii.

Simptomatologia clinică este foarte asemănătoare aproape în toate ocluziile survenite prin div. lui *Meckel*.

Uneori tabloul clinic poate fi asemănător cu acela al apendicitei. De obicei debutul este brusc, cu dureri peri-ombilicale sau mai sus de punctul *Mac Bournay*. Uneori se constată o rezistență sau un meteorism local. Conturarea ansei intestinale în porțiunea mijlocie a abdomenului, vărsăturile bilioase care devin repede caloide, sunt semne constante. Opritrea materiilor fecale și a emisiunilor de gaze apar ceva mai târziu. Se semnalează de obicei în antecedentele bolnavilor *crize abdominale recurente*, asupra cărora a insistat cu deosebire *Ewald* și *Küttner*.

Diagnosticul anatomic este foarte dificil. Unele semne relevatoare ca retracțiunea puternică a ombilicului (observată și de noi în Obs. Nr. II) și supurațiunile ombilicale perzistente din copilărie, oferă uneori indicii prețioase, dar n'au valoare absolută. Tot ca momente adjuvante pentru diagnostic se citează în literatură: asociația cu diferite malformațiuni congenite (chello-palato schizis, picloare strâmbe, spina bifida), precum și crizele de ileus subacut repetate.

Prognosticul este condiționat de doi factori: a) de operațiunea precoce; și b) de forma anatomică a leziunii.

În cuderile și compresionile intestinului prognosticul este mai favorabil, din contra în cazurile de încarcerări cu participarea mezenterului prognosticul este foarte grav.

Tratamentul chirurgical este foarte variat dela caz la caz. Astfel el se rezumă în cazurile de cuderii și compresionii intestinale la secțiunea bridelor și la extirparea diverticolului. Extirparea diverticolului întâmpină însă uneori dificultăți, mai ales când are o bază largă de implantare și când infundarea bontului atrage după sine diminuarea calibrului intestinal. În astfel de cazuri este bine ca să decidem chiar dela început rezecția de intestin.

În fine, în cazurile de încarcerări cu gangrena intestinală, soluția terapeutică este de sigur rezecția porțiunii de intestin gangrenat.

În două cazuri ale noastre am recurs la exteriorizarea ansei gangrenate din cauza stării generale a bolnavilor, scurtând astfel durata intervențiunii și diminuând totodată traumatismul operator. Rezultatul excelent obținut în cazul semnalat la obs. Nr. VIII, merită să fie reținut. El vine să confirme odată mai mult principiul fundamental, de-a subordona tehnica operației stării generale a bolnavului.

Rezultate. Toate statisticile publicate arată fără excepție o mortalitate foarte mare după operațiunile de ocluzie provocate de divert. lui Meckel. Această mortalitate este mult mai mare decât în ocluziile survenite prin alte cauze. Kaspar comparând rezultatele publicate de diferiți autori, stabilește ca o medie a procentuajului de deces, o cifră ce variază între 65—49%.

Deși cazurile noastre sunt puțin numeroase și nu ne permit să tragem concluziuni decisive, ele ne indică totuși că rezultatele obținute de noi sunt dintre cele mai bune.

Astfel din 8 cazuri operate, 5 cazuri s'au vindecat și numai trei cazuri au fost pierdute. Mortalitatea în cazurile noastre a fost deci de 37,5%, ceea ce reprezintă un rezultat remarcabil, chiar și față de cele mai bune statistici publicate.

Numărul ridicat al cazurilor pierdute după operațiunile executate în ocluziile meckelene sunt datorite atât operațiunilor abdominale de mare amploare (rezeccii de intestin), care trebuie să fie executate de urgență, fără nicio pregătire prealabilă, cât și faptul că operațiunea este executată pe un teren slăbit, cu rezistența scăzută.

Intrădăvăr dacă se ține seama că acești bolnavi prezintă în antecedentele lor numeroase puseuri inflamatorii din partea diverticolului și chiar accese de subocluzii, ne putem da seama că la aceste cazuri debilitate, profund intoxicate, chirurgul întâlnește un teren foarte neprielnic pentru executarea operațiunilor șocante prin ele însăși, cum sunt rezecțiunile de intestin.

Din toate aceste motive credem că alături de indicațiunea de-a opera cât mai precoce posibil, operațiunea de exteriorizare a ansei gangrenate la cazurile cu starea generală extrem de gravă, constituie o metodă foarte utilă, putând ameliora rezultatele încă destul de severe ale acestor ocluziuni intestinale.

CLINICA CHIRURGICALĂ DIN CLUJ—SIBIU

Director: Prof. Dr. Alexandru Pop

RESUMÉ

Etude anatomo-clinique sur les cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel

On décrit 8 cas d'occlusion intestinale par diverticule de Meckel, observés dans la Clinique Chirurgicale de Cluj-Sibiu, après on fait quelques considérations pathogéniques et thérapeutiques sur les cas.

ZUSAMMENFASSUNG

Anatomisch-klinische Studien über Fälle von intestinaler Occlusion verursacht durch das Meckelsche Divertikel

Es werden 8 Fälle von intestinaler Occlusion durch das Meckelsche Divertikel aus der chirurgischen Klinik Cluj-Sibiu ausführlich beschrieben mit einigen Bemerkungen pathogenetischen und therapeutischen Inhaltes.

Considerațiuni asupra fibro-sarcomului traumatic în legătură cu un caz clinic

de

Dr. Prăgoiu Ioan și Dr. Puiu Vespasian

Traumatismul joacă un rol important în geneza tumorilor sarcomatoase. Mecanismul intim al acțiunii traumatice în etiopatogenia sarcoamelor nu este cunoscut, se presupune un proces iritativ celular.

Frecvența traumatismului ca factor etiologic în producerea sarcoamelor este diferită, după autori. Puttl susține că aproximativ 43% din tumorile sarcomatoase

din farmacie. La 3 zile dela accident a început supurația plăgii. După două săptămâni bolnavul observă că plaga supurează tot mai intens, este dureroasă și ia un aspect neobișnuit prin mărirea de volum a bontului digital. Starea generală se menține bună, are poftă de mâncare și nu a scăzut în greutate.

Văzând că plaga se înrăutățește pe zi ce trece și durerile fiind tot mai mari, se prezintă la consultațiile Clinicii Chirurgicale din Cluj-Sibiu, în ziua de 4 Ianuarie 1944.

La examenul general al bolnavului nu se constată nimic deosebit. Examenul local: degetul inelar al mânei stângi este redus



Fig. 1.

sunt produse de traumatism. Cornat și Jeanneney reduc acest procentaj până la 10%. Delbet contestă acțiunea traumatismului în geneza tumorilor sarcomatoase

Cazul de fibrosarcom pe care-l expunem, s'a dezvoltat pe un bont de amputație accidentală a unui deget. Asemenea cazuri sunt extrem de rare și prezintă particularitatea de a nu se putea preciza în mod indubitabil etiopatogenia lor.

Expunerea cazului: A. V. în vârstă de 60 de ani, căsătorit, din comuna Cut, jud. Alba. Antecedentele heredocolaterale și personale nu prezintă nimic deosebit în legătură cu boala actuală. La 10 Decembrie 1943, suferă un accident în urma căruia un butoi i-a zdrobit ultimele două falange ale degetului inelar dela mână stângă. Distrucția a fost atât de mare, încât bolnavul și-a detașat singur partea de deget strivită. Fiind în mediu rural și neavând la dispoziție medic, s'a tratat singur cu medicamente luate afirmativ



Fig. 2.

la un bont ce cuprinde falanga bazală. Extremitatea bontului este exulcerată cu aspect conopidiform (Fig. 1) consecutiv procesului de hipergranulație excesivă dela acest nivel. Partea exulcerată este acoperită cu false membrane și secreție purulentă. La cea mai mică tentativă de explorare, plaga sângerează și este extrem de dureroasă. Pe teaca tendoanelor flexoare se constată o infiltrație edematoasă până în regiunea palmară mijlocie.

Examenul radiografic (Fig. 1) ne arată o distrucție a falangei bazale a degetului inelar stâng, care constă în sechestrarea porțiunii diafizio-metafizare. În rest, scheletul osos al mânei stângi nu prezintă modificări patologice.

Având în vedere aspectul clinic tumoral al bontului digital și distrucția scheletului osos subjacent, am procedat la amputația bontului digital al inelarului dela mână stângă, cu rezecția capului metacarpianului corespunzător, făcând și o contraincizie palmară de-a-lungul tecei flexorilor. Plaga operatorie am lăsat-o larg deschisă, cu drenaj în porțiunea medio-palmară.

Examenul histo-patologic al piesei extirpate ne-a dat rezultatul de: *fibro-sarcom*.

Plaga s'a vindecat „per secundam” în decurs de 17 zile dela operație (Fig. 2).

Tumora sarcomatoasă în cazul nostru s'a dezvoltat pe o plagă zdrobită, supurată la un individ de 60 de ani și într'un timp extrem de scurt de abia 25 de zile dela accident.

L. Pick descrie un caz de sarcom osteoid în urma unei plăgi împușcate transosoase la nivelul coapsel. De asemenea Ribert și Finotti descriu o serie de sarcoame dezvoltate pe calusurile după fracturi deschise și tratate timp îndelungat.

Problema sarcomului traumatic și a tumorilor maligne traumatice în general, prezintă o deosebită importanță și din punct de vedere medico-legal. Neoplasmele în geneza cărora s'a presupus traumatismul profesional (Köbler Juraj, Buttin și Crow, Volkmann etc.) sau accidental — în deosebi la asigurați — au dat naștere la o serie de lucrări. (Segond, Müller, Laët, Foulon etc.). Aceste lucrări au contribuit în mare măsură la îmbogățirea literaturii medicale în domeniul atât de obscur al tumorilor traumatice. Anschütz W. consideră stabilirea de legătură între traumatism și tumoră ca foarte dificilă. Trebuie să avem în vedere anumite directive dintre care cea mai importantă este concordanța locală dintre tumoră și traumatism. Mai joacă un rol foarte important intensitatea traumatismului și factorul timp, care par a avea un raport invers proporțional.

Tot în vederea elucidării acestor probleme s'au făcut multiple cercetări experimentale cu rezultate uneori paradoxale.

Este interesant faptul că aceeași factorii iritativi celulari, uneori dau naștere la tumori maligne epiteliale, iar alteori la tumori maligne sarcomatoase, deci de natură conjunctivă. Mecanismul intim al acestor procese de metaplasie atipică tisulară, ne scapă pentru moment posibilităților de precizare.

Astfel aplicarea îndelungată, terapeutică și experimentală a razelor Roentgen, a radului și a iraditațiilor cu mezonori, precum și aplicațiile razelor ultraviolete, au dat naștere la epitelioame și sarcoame uneori chiar cu metastaze (Schürch, Boek, Bauer).

Rezultatele cercetărilor experimentale au mai dovedit că unele substanțe chimice prin acțiunea lor iritativă pot să dea naștere la procese neoplazice. Primele rezultate în această direcție au fost obținute cu ajutorul gudronului aplicat sub formă de frecțiuni repetate (Yamagita și Ichikawa).

Din gudron chimicilor au izolat o substanță cancerigenă numită „benzopirenul”. Această substanță în soluție de 1% dă prin pensulare la animale carcinomul. Aceeași substanță injectată în țesutul celular subcutanat dă naștere la un sarcom fuso-celular. Tot prin injectarea intramusculară de ulei de măsline s'au obținut tumori maligne (G. Doanșk), O substanță chimică asemănătoare cu benzopirenul este metilcolantrenul, care încă are

proprietate cancerigenă activă. Metilcolantrenul care încă are o compoziție chimică asemănătoare cu acizii biliari și cu colesterolul. Cook, a reușit să transforme acizii biliari și colesterolul în metilcolantren. Aceste rezultate experimentale sunt extrem de importante deoarece în felul acesta s'a reușit ca din componente fiziologice organice să se creeze substanțe cancerigene. Deci prin procese de dezagregare atipice în organism pot să ia naștere în anumite condițiuni substanțe care să dea naștere la procese tumorale maligne.

Hanser susține că celula sub acțiunea unor agenți externi poate să-și schimbe anumite caractere morfologice și biologice și să dea naștere la tumori.

Sunt frecvente cazurile de degenerare malignă a unor traecte fistuloase, cu supurații interminabile. Aci factorul iritativ cronic este secreția purulentă care produce exemațizarea plăgii și pregătește terenul pentru invazia procesului de degenerescență malignă.

În evoluția clinică și anatomo-patologică a cazului nostru găsim un punct important în faptul că bolnavul și-a aplicat singur tratamentul cu diferite medicamente din farmacie sau utilizate de popor pentru vindecarea plăgilor și care toate au putut avea o acțiune iritativă asupra plăgii. Pentru ca această acțiune iritativă să poată fi considerată ca factor etiologic în producerea tumorii trebuie un timp cu mult mai îndelungat.

Rămâne deci ca să presupunem, că tot traumatismul a fost acela care prin modificările profunde, biochimice și morfologice în țesuturile puternic distruse să fi provocat apariția și dezvoltarea fibro-sarcomului.

Se poate încă presupune o coincidență între existența unui fibro-sarcom în stare larvară la nivelul degetului distrus și traumatismul nu a făcut decât să dea un bîc în procesul de dezvoltare tumorală. Bolnavul susține că înainte de traumatism degetul înelar dela mîna stîngă a avut un aspect normal și nu a avut nici o acuză dureroasă la acest nivel.

În concluzie; în cazul nostru lucru cert este, că: fibro-sarcomul sa dezvoltat pe un țesut puternic distrus și în apariția și dezvoltarea lui traumatismul a jucat un rol incontestabil.

RESUMÉ

Considérations sur le fibro-sarcome traumatique

Les auteurs décrivent un cas de fibro-sarcome du 4^e doigt de la main gauche chez un homme de 60 ans, développé sur une plaie traumatique à ce niveau. On fait quelques considérations pathogéniques sur le cas.

ZUSAMMENFASSUNG

Über das traumatische Fibrosarcoma

Die Verfasser beschreiben einen Fall von Fibrosarcoma, welcher sich bei einem 60 jährigen Manne an einem gequetschten Finger entwickelte und geben einige pathogenetische Betrachtungen hiezu.

Vână renală supranumerară dreaptă (traect embrionar persistent — anastomoză reno-cavă retro-aortică)

Dr. I. G. Russu

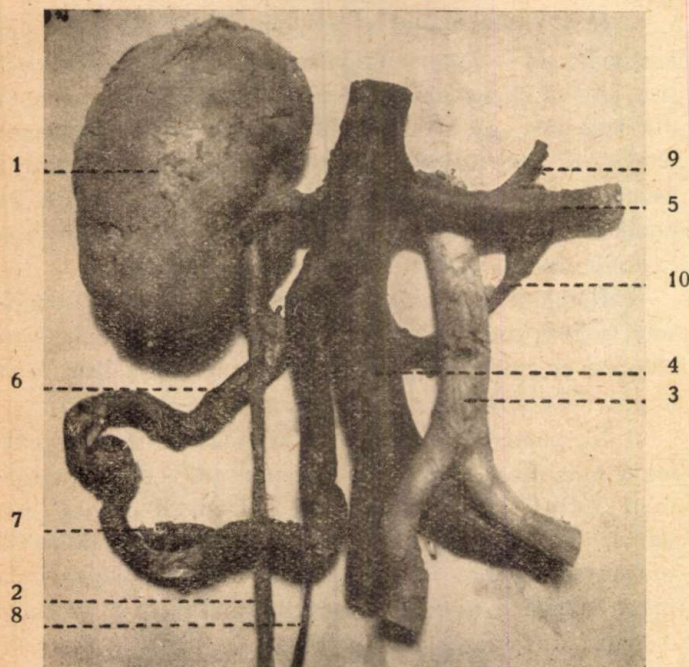
de

și Drd. I. Albu

Între desele variațiuni și anomalii vânoase, unele les din comun fie prin interpretarea ce li se poate da, fie mai ales prin importanța practică, pe care ar putea-o prezenta.

Un astfel de caz am avut ocazia să întâlnim în timpul disecției unui cadavru masculin de aproximativ 40 ani, la care nu s'a găsit nici o altă anomalie. Dispozițiunea era următoarea:

În vâna cavă inferioară, la un cm. sub origina vînelor renale, adică la locul unde se varsă în mod



1 rinichiul drept, 2 ureterul, 3 aorta, 4 vâna cavă inferioară, 5 vâna renală stângă, 6 vâna renală supranumerară dreaptă, 7 trunchiul vînelor lombare drepte, 8 vâna spermatică dreaptă, 9 vâna capsulară stângă, 10 anastomoza reno-cavă retroaortică.

normal vâna spermatică dreaptă, se aruncă un trunchi vânos foarte gros, formând la acest nivel un fel de crosă. Această vână anormală își are origina din rinichiul drept. În sinusul renal ca și la nivelul hilului, vâna renală supranumerară se găsește situată înapoia bazinului și vaselor renale, ce în rest au dispozițiunea obișnuită; imediat după ieșirea din hil ea scoboară de-a-lungul marginii interne a rinichiului, prezentând astfel un traect descendent și inegal ca volum, căci la origina porțiunii extrahilare se găsesc două porțiuni umflate, ca apoi să se continue uniform calibrată, cu un diametru de 9—10 mm. Vasul vânos coboară mai departe în jos în fosa

ilică dreaptă, fiind lipit de peretele abdominal posterior și acoperit de peritoneu; face apoi 2—3 sinuozități, se îndreaptă înăuntru, la acest nivel primește un trunchi format din vinele lombare drepte; încrucișează apoi perpendicular ureterul trecând înaintea lui (ventral) și ajuns pe partea laterală dreaptă a vînei cave inferioare, cotește brusc — în unghiul drept — îndreptându-se vertical în sus și paralel cu vâna cavă inferioară, între aceasta din urmă și ureter (vezi figura).

La nivelul ultimului cot primește vâna spermatică dreaptă, volumul său, crescând evident după vărsarea celor două trunchiuri vânoase, măsoară în porțiunea verticală 12—14 mm. În ceea ce privește vâna spermatică dreaptă ea este mai scurtă ca în mod normal și se găsește deplasată puțin înafară, alunecând de-a-lungul marginii laterale a mușchului psoas.

În continuarea traectului ei vâna renală anormală dreaptă ajunsă la nivelul vertebrelor lombare a 2-a, descrie o cără cu concavitatea în jos și înăuntru, pentru a se vărsa în vâna cavă inferioară — după cum am arătat mai sus. Punctul cel mai decliv al acestui vas vânos se găsea în fosa ilică dreaptă la vreo 4—5 cm sub polul inferior al rinichiului drept (care era de proporții ceva mai mari ca rinichiul stâng și situat cam cu 1 cm mai jos) în unghiul determinat de rădăcina mezenterului, mușchul psoas ilic și fața posterioară a colonului ascendent.

De partea stângă (antimerul stâng) la 1 cm sub locul de vărsare a trunchiului descris mai sus (în dreapta) și pe fața laterală stângă a vînei cave inferioare se varsă un trunchi vânos constituit din două ramuri: una inferioară, rezumând două vine lombare și o ramură superioară, ce pleacă de pe fața inferioară a vînei renale stângi, dar care la rândul ei primește o vână cu traect descendent reprezentând vâna capsulei suprarenale stângi. Acest trunchi vânos ca și componentele lui se găsește situat dorsal față de aortă, a cărei față posterioară o încrucișează.

Este deci cazul unei anatomoze reno-cavă, în care se aruncă însă și vinele segmentare — lombare — ca și o vână capsulară și a cărei interpretare a fost dată de alți autori.

Pentru lămurirea și interpretarea cazului descris am recurs în primul rând la datele embriologice. Iată succint, după Max Clara (Entwicklungsgeschichte des Menschen—1943) mersul dezvoltării sistemului vânos, care ne va edifica.



„Intrucât Clauden are un efect prompt asupra emoragiilor atât de diverse din punct de vedere etiologic, el reprezintă într'adevăr un stiptic polivalent și medicul are la îndemână mijlocul să oprească imediat orice emoragie, câștigând timp pentru o terapie cauzală, ce ar fi eventual necesară“.

Jubaș: „ZENTRALBLATT FÜR GYNECOLOGIE“ 1918. No. 31.

EMOSTIPTICUL FIZIOLOGIC „CLAUDEN“

S'A DOVEDIT PRETUTINDENI, DE ZECI DE ANI, CA UN PREPARAT DE O INALȚĂ EFICACITATE ȘI SIGURANȚĂ, LA EMORAGII DE ORICE ETIOLOGIE

AVANTAJELE SALE SPECIALE SUNT:

- Posibilitatea de întrebuințare imediată
- Efect rapid
- Nici un pericol de supradozare
- Inocuitate la orice formă de întrebuințare

Fiole — Tablete — Praf de presărat

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al Preparatelor Luitpold-Werk:

„Drogueria Standard“ S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — București I



THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

*maladia reumatismală cronică
și sindromele sale dureroase*

COMPRIMATE

*carență de sulf
reumatisme cronice*

PRODUSE ATOXICE
INECȚII INDOLORE



AȚIUNE CURATIVA
FĂRĂ REACȚIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite și secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B₁

nevrite și polinevrite infecțioase și toxice

A intramusculară: două miligr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B intravenoasă: un centigr. Vitamină B₁
pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eșantioane și Literatură la cerere

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8

„La formarea sistemului vânos al adultului joacă un mai mare rol ca la artere: regresuni, formări noi și transformări, așa încât din formațiunea originală strict bilaterală, numai unele aparțiuni sunt de recunoscut. Dar *oricare din părțile sistemului vânos primar poate să persiste*, motiv pentru care anomaliile sistemului vânos sunt multiple.

Vinele cardinale caudale apar la embrionul de 4—6 mm ca două vase *mergând lateral și dorsal* față de rinichiul primitiv. Ele *primesc vinele segmentare ale corpului* (intercostale și lombare) și vinele renale. Vinele mesonefrice advehente pleacă la rinichiul primitiv din vinele cardinale caudale, se capilarizează aici, se re-adună apoi în vinele mesonefrice revehente, care se deschide în vâna subcardinală.

Se completează apoi sistemul vânos primar, ca după aceea să apară, *medio-ventral față de rinichi*, vinele subcardinale, care se pun în legătură cu vinele sacrocardinale printr-o anastomoză situată medial față de rinichi, dar cu direcție oblică: ventro-caudal dorso-caudal și iau astfel sângele de la rinichi, capsulele suprarenale, organele din bazin și membrele inferioare. Legăturile dintre vinele subcardinale și vinele sacrocardinale formează împreună cu legăturile acestor vine cu vinele cardinale caudate în jurul flecturii rinichi un înecare este complet numai un timp foarte scurt, căci se întrerupe întâi în partea medială, apoi în cea laterală.

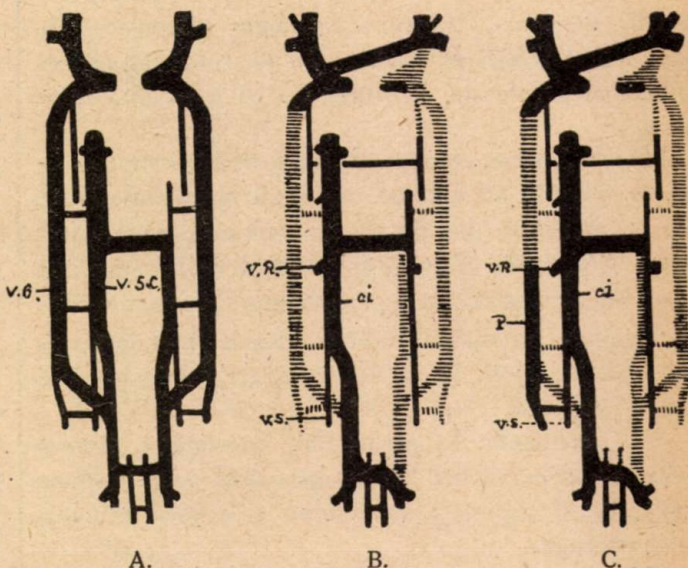
În vinele subcardinale sângele găsim o mai bună posibilitate de circulație ca în vinele cardinale, care sunt mai puțin utilizate și pierzând astfel din importanță regresează foarte repede. În acest mod sistemul simetric începe să devină asimetric. Vinele subcardinale dau caudal anastomozel lor vinele spermatică, care la dreapta se varsă în cavă, iar la stânga anastomoza inter-subcardinală adună cele trei vine: spermatică, renală și suprarenală. (Vezi schema B).

Cum în literatură, care ne-a stat la dispoziție, nu am găsit decât indicațiuni, pe care nu le-am putut consulta, dar am luat cunoștință de cazuri similare în ceea ce privește anastomoza reno-cavă retro-aortică (Gerard: *Mention d'une anastomose velneuse réno-cave rétro-aortique obliquement descendente*. Policlin. Roma. Vol. LXXXIII. 1920. — Michel et Fourche. *La veine rénale rétro-aortique*. Arch. d'Anat. d'Histol. et d'Embryol. Vol. I. 1922), iar în Henke-Lubars Gruber. *Handbuch d. sp. path. Anat.* Bd. 6. S. 15. Fig. 18 se ilustrează o astfel de vână, am căutat să interpretăm cealaltă anomalie, a antimerului drept — vâna renală supranumerară — în cadrul datelor de dezvoltare.

Comparând dispoziția traectului anomal cu aspectul embrionic, se observă foarte net că o paralelă se poate

duce imediat; porțiunea descendentă, situată dorsal rinichului și ureterului reprezintă o parte a vinei cardinale caudale, porțiunea transversală fiind una dintre legăturile cardinalo-subcardinale (vezi schema C), iar porțiunea descendentă însăși vâna spermatică dreaptă, mult dilatăată în urma necesității de a da trecere unei mari cantități de sânge, ultima fiind situată ca și vâna cavă — deci subcardinală dreaptă, — medio-ventral față de rinichi.

Faptul, că afluenții acestei vine renale supranumerare sunt identici cu cei ai vinelor respective embrionare, pledează în plus pentru opinia noastră.



A. Schema sistemului vânos simetric.

v. c. vâna cardinală caudală dreaptă, v. s. c. vâna subcardinală.

B. Schema sistemului vânos la adult (în negru plin).

v. r. vâna renală dreaptă, c. i. vâna cavă inferioară, v. s. vâna spermatică dreaptă.

C. Schema sistemului vânos cu porțiunile persistente descrise. v. r. vâna renală dreaptă, c. i. vâna cavă inferioară, v. s. vâna spermatică dreaptă, p. porțiunea persistentă din vâna cardinală caudală dreaptă.

În rezumat deci situația topografică, dispozițiunea anatomică și aspectul sinuos, care pare să fie specific acestui gen de vase de origine embrionară, ne arată că această anomalie reprezintă persistența unei porțiuni a vinei cardinale caudale drepte, ca și a unei legături cardinalo-subcardinale (din cercul vânos perirenal). Această persistență, datorită unor cauze extrem de greu de precizat, face însă ca rinichiul drept să fie astfel deservit de două vine: una cu dispozițiunea obișnuită, iar a 2-a cea descrisă mai sus.

Exceptând importanța anatomică, credem că din punct de vedere chirurgical, prezența acestei vine trebuie să fie cunoscută; intervențiile dese executate asupra regiunii putând să pună chirurgical în fața unui astfel de caz

Considerațiuni asupra unui caz de ruptură musculară a psoasului, probabil în urma unei febre tifoide

de

Dr. O. Munteanu, și Dr. V. Cosma

Rupturi musculare se observă frecvent în ataxii locomotorii, alcoolism (delirium tremens), cașexii senile etc.

În boalele infecțioase grave de asemenea se pot observa rupturi musculare. Febra tifoidă în special poate interesa aparatul locomotor. Leziunile musculare din cursul febrei tifoide pot apărea fie ca o mîozită, asupra căreia a atras atenția *Velpeau*, fie ca o ruptură musculară.

După *Zenker*, mîozita în febra tifoidă este o complicație aproape tot atât de constantă ca și alterațiunile plăcilor lui Payer, dar nu are o simptomatologie clinică precisă. Afecțiunile musculaturii periferice dau simptome clinice atunci când tind la rupturi, hemoragii sau supurații.

Ruptura musculară survine adesea chiar în urma celui mai mic efort. Ea se anunță printr-o durere subită la sediul rupturii.

La examenul bolnavului se constată o durere localizată într-o regiune fixă, augmentată prin presune și mișcări, o ușoară tumefacțiune și adesea semnele unei hemoragii.

Uneori simptomele sunt fruste și trec neobservate.

Jankowski a observat la autopsia a 202 tifici, 11 rupturi ale mușchilului mare drept anterior al abdomenului.

Mai frecvent rupturile se observă la masele musculare care continuă să funcționeze și în decubit orizontal, fie pentru respirație, fie pentru defecație (*Strauss*). Mai des se observă rupturi ale mușchilului mare drept anterior în $\frac{1}{3}$ inf. Apoi în ordinea frecvenței urmează: psoasul, adductorii, coapsel, gemenii, transversul abdominal, pectoralii, etc.

Observațiunea clinică de mai jos, demonstrează un caz de ruptură a mușchilului psoas consecutiv probabil unei febre tifoide.

La data de 10 Septembrie 1942 intră în clinica de boale contagioase bolnavul B. A., de 18 ani, gr. cat., necăs. refugiat la Sibiu.

Dăm mai jos foaia de observație a bolnavului nostru.

Boala actuală datează de aproximativ 3 săptămâni. A debutat lent și progresiv cu cefalee, temperatură înaltă și continuă, dureri de spate, dureri abdominale difuze, inapetență, constipație.

Starea generală a bolnavului este gravă, fața cu aspect tific limba saburală și o stare de adinamie. Polul inferior al splinei se poate palpa.

Examenul urinei: A. P. Z. = negativ. T. A. 11—7 (V. L.) Leucocitoza: 5 400.

Tabloul sanguin: polinucl. neutrof. 50%, limfocite 39%, monocite 11%.

Temperatura 38,5 C. și pulsul 88'

După trei zile temperatura se urcă la 40,5 C., pulsul la 90 bătăi pe minut și bolnavul delirează.

Se ia sânge pentru hemocultură, care rămâne sterilă și pentru R. Widal, al cărui rezultat este negativ. După o săptămână se repetă R. Widal, dar rezultatul rămâne același.

După alte două săptămâni de tratament este afebril, dar acuză dureri în regiunea lombară. Se face radiografia regiunii respective și se constată un proces de decalcifiere la nivelul vertebrei a 5-a lombare. Examenul urinei rămâne negativ.

După 5 săptămâni dela internare, boala se complică cu otită medie supurată bilaterală, cu reacție mastoidiană și se aplică tratamentul adecvat.

La două luni după internare este afebril, își recâștigă pofta de mâncare, se simte mai bine și începe să se ridice câte puțin în jurul patului.

După o altă săptămână, adică la aproximativ 3 luni dela debutul boalei, în urma unei flexiuni a coapsei drepte apar brusc dureri în regiunea lombo-sacrată și în fosa iliacă dreaptă unde se palpează o formațiune tumorală elastică și dureroasă de mărimea unui pumn de adult. Are amețeli, este afebril, dar pulsul este slab cu o frecvență ce s'a ridicat până la 112 bătăi pe minut.

La data de 10 Noembrie 1942 este transpus în Clinica Medicală II-a (la aprox. 3½ luni dela debutul boalei), când la examenul general de ansamblu ne impresionează atitudinea bolnavului. *Zace în pat în decubit dorsal cu coapsa dreaptă reflectată pe bazin și gamba pe coapsă.* Invitându-l să-și extindă membrul inferior drept, el nu poate. La încercarea de a-i extinde membrul bolnav, el protestează, acuzând dureri atroce în fosa iliacă dreaptă.

Bolnavul nu se poate ridica din pat decât numai cu mare greutate. Mersul îl face cu trunchiul flectat pe coapse ori de câte ori vrea să pășească cu membrul inferior drept, de care se sprijină cu mâinile.

Tegumentele sunt foarte palide, albe și uscate, conjunctivele și mucoasele sunt de asemenea palide. Tesutul celular subcutanat și muscular sunt mult reduse. Aparatul respirator și circulator nu prezintă nimic deosebit.

Abdomenul este ușor excavat, iar în flancul și fosa iliacă dreaptă se observă o ușoară bombare. La palparea acestei regiuni pacientul acuză o durere fixă augmentată prin presiune.

Regiunea sarco-iliacă dreaptă este infiltrată.

Afebril. Pulsul 90'. Greutate 47 kgr. Examenul urinei = negativ. T. A. 10—6 (V. L.).

Examenul sângelui: leucocitoza 4.800 Tabloul sanguin: polinucl. n. 65%, polinucl. eoz. 5%, limfocite 28%, monocite 2%.

Hematii 2 600.000. Hgb. 48%. Val. glob. 0,92. R. Wassermann = negativă.

Se face puncția formațiunii tumorale din fosa iliacă dreaptă. Se obține o serozitate sangvinolentă. Examenul microscopic al acestui punctat este negativ.

Se repetă hemocultura și reacția Widal din sânge și din această serozitate sangvinolentă, dar rezultatele sunt negative.

Evoluția boalei. Bolnavul este supus unui regim lacto-vegetarian și unui tratament cu ultra scurte, după care se simte ceva mai bine, dar după 5 zile de tratament temperatura se urcă la 37°-7 C. Leucocitoza: 8 800. Se sistează tratamentul cu ultra-scurte și i se administrează sulfamide și cardiotonice. După alte 4 zile bolnavul face un flegmon periamigdalian și adenită submaxilară dreaptă, pentru care i se aplică tratamentul de specialitate.

După alte două săptămâni, în regiunea iliacă dreaptă apare o placă erizipelatoasă, iar după câteva zile face un flegmon al fesei drepte. Temperatura 39°, 0 C. Pulsul 120'. Leucocitoza 24 000.

Bolnavului i se administrează prontosil și este transpus într-un serviciu chirurgical la 2 Ianuarie 1943 unde i se face incizia și drenajul flegmonului fesei.

La data de 10 Martie 1943, părăsește serviciul chirurgical vindecat. Ruptura psoasului s'a vindecat spontan.

Din simptomele clinice descrise se stabilește diagnosticul de febră tifoidă și este tratat ca atare, deși reacțiile de laborator nu au confirmat diagnosticul (urino-cultura și coprocultura nu s'au făcut).

Diagnosticul clinic se bazează pe următoarele simptome: temperatură înaltă și continuă, bradicardie relativă, aspectul tific al bolnavului, durerile abdominale difuze, splenomegalie și leucopenie.

Atitudinea bolnavului caracterizată prin flectarea coapselor pe bazin și a gambelor pe coapsă, durerea atroce pe care o acuza în fosa iliacă dreaptă atunci când se încerca a-l extinde membrul inferior drept, mersul cu trunchiul și membrul inferior flectat, și tumora sensibilă din fosa iliacă dreaptă ne-a atras atenția dela început asupra unei suferințe a mușchului psoas drept, probabil după o febră tifoidă, diagnostic bazat pe simptomele de mai sus. Complicațiile survenite au întărit presupunerea acestui diagnostic, deși reacțiile de laborator făcute au fost negative.

Considerând starea de debilitate în care se găsea bolnavul după această formă gravă de febră tifoidă, posibilitatea rupturilor musculare după un proces de mlozită și anemie gravă, ne-au făcut să ne gândim la posibilitatea unei rupturi a mușchului psoas drept, consecutiv căreia s'a format un hematom în fosa iliacă dreaptă. Lichidul sangvinolent obținut prin puncția formațiunii tumorale din fosa iliacă dreaptă, ne-a confirmat diagnosticul de *hematom datorit rupturii mușchului psoas drept, consecutiv probabil unei febre tifoide*. De altfel pentru o hemoragie internă pledează și anemia, amețelile, pulsul slab și frecvent. Faptul că bolnavul a avut dureri mari cu debut brusc în legătură cu o acțiune a mușchului psoas, ne-a determinat să înlăturăm posibilitatea unui hematom datorit unei arterite probabil tifice.

De sigur aceste elemente interpretate izolat ne-ar fi putut duce la o regretabilă eroare de diagnostic. Atitudinea bolnavului ne-a determinat să ne gândim și

la: *psoită, mialgia psoasului, coxită, artrită sacro-iliacă, tuberculoză osteoarticulară, nevralgii etc.*

Formațiunea tumorală din fosa iliacă dreaptă, ne obliga să punem și problema unei *apendicite cu abces retro-cecal*, dar în cazul nostru nu au existat semne de peritonită locală cu contractura mușchilor anteriori al abdomenului; pe de altă parte cu acest diagnostic nu puteam explica existența anemiei pronunțate. Decalcifierea ultimei vertebre lombare, după o formă gravă de febră tifoidă, nu putea fi interpretată ca un *Morb a lui Pott*, care ar fi determinat un *abces rece* (T.B.C. psoasului) și nici oasele bazinului nu prezentau semne radiologice de tuberculoză. Evoluția ulterioară a afecțiunii exclude această posibilitate.

Un *abces cald al psoasului* de asemenea nu putea fi luat în considerație. Bolnavul era afebril. Și nici *psoită acută* cu determinări de abcese, sau *cronică* cu scurtarea mușchului, tocmai pentru prezența simptomelor descrise mai sus la diagnostic.

În diagnosticul diferențial merită să fie amintite *tumorile cecului*, precum și *osteo-sarcomul fosei iliace* și *tumorile oaselor bazinului*, deși nu aveau tabloul clinic și radiologic caracteristic.

O ultimă eventualitate a mai rămas de discutat, posibilitatea existenței unei *perforații intestinale*. Semnele peritoneale nu erau prezente, iar examenul microscopic al punctatului trebuia să ne indice existența florei habituale intestinale.

În concluzie: În cazul de față este vorba de o ruptură a mușchului psoas, survenită probabil în convalescența unei febre tifoide, ceea ce constituie o complicație foarte rară în această boală. Zicem probabil în urma unei febre tifoide pentru că deși a avut un tablou clinic caracteristic, n'a putut fi confirmată prin examenele de laborator.

Ruptura psoasului s'a vindecat spontan.

CLINICA MEDICALĂ II

Director: Prof. Dr. Ioan Goia

CLINICA BOLILOR CONTAGIOASE

Director: Prof. Dr. I. Gavrila

RESUMÉ

Considérations sur un cas de rupture du muscle psoas

Les auteurs donnent la description d'un cas de rupture du muscle psoas survenue pendant la convalescence d'une maladie fébrile, probablement une fièvre typhoïde.

ZUSAMMENFASSUNG

Über einen Fall von Psoasriss

Die Verfasser beschreiben einen Muskelriss des Psoas, der wahrscheinlich in der Rekonvaleszenz eines Bauchtyphus aufgetreten ist.

Câteva considerațiuni asupra trichocefalozei, în legătură cu un caz de apendicită cu trichocefal

de

Dr. T. Spătaru și Dr. C. Mirciolu

În producerea apendicitelor, viermii intestinali — este stabilit — joacă un rol destul de însemnat. Urmărind statisticile, vedem că dintre aceștia, primul loc îl ocupă oxlurii, iar ultimul, și destul de rar, trichocefalul. Astfel, *Mitschel*, la Chicago, pe 1600 de autopsii medico-legale, nu găsește în apendicele cadavrelor nici odată viermele, iar *Brumpt*, pe 800 de autopsii, îl găsește numai în proporție de 4%. Cu atât mai rare sunt cazurile de leziuni apendiculare produse de trichocefal, și care să fi fost pus în evidență în apendicele operate. *Lejars*, în 1897, a fost primul care a avut un asemenea caz (nepublicat). Mai târziu, *Guinard* (1900), publică un caz de apendicită trichocefalică cu accese repetate, operat la rece, în apendicele cărui a găsit viermele. *Girard* și *Menetrier*, publică câteva cazuri similare.

Interesantă în acest sens este comunicarea lui *Metchnikoff*, care a atras atenția asupra apendicitei cu trichocefal, și relatează despre trei asemenea cazuri, vindecate prin tratament antihelmințic. El dă o posibilitate de îmbolnăvire foarte mare și afirmă că chiar dacă prin operație nu se găsește parazitul în lumenul apendicular, nu înseamnă că el nu este cauza; el susține că viermele după infectarea și declanșarea fenomenelor inflamatorii în apendice, poate să părăsească organul. Împotriva acestei păreri, sunt argumentele foarte serioase ale lui *Brumpt*, care susține, că trecerea unui parazit femelă prin apendice se traduce prin lăsare de ouă, chiar dacă viermele ar fi părăsit organul, odată cu începutul fenomenelor inflamatorii declanșate în apendice. Autorul amintește că din 66 de cazuri de apendicite operate de *Broca* și examinate de el, nu a găsit nicodată parazii. Deci, afecțiunea nu este așa de frecventă cum s'ar părea.

Dacă totuși parazitul a pătruns în apendice, el poate acționa prin două mecanisme: fie iritând plexul nervos simpatic (*Blanchard*), fie prin vehicularea microbilor plogeni din altă parte a segmentului intestinal și gruparea lor în țesutul apendicular, unde urmează să desvolte toate fenomenele anatomo-patologice și clinice ale unei apendicite microbiene (*Metchnikoff*).

În cursul lunii Decembrie 1943 am avut ocazia să operăm o apendicită cu trichocefal, pe care, cunoscând raritatea afecțiunii, și având certitudinea că fenomenele inflamatorii se datoresc trichocefalului, socotim de bine să o publicăm, însoțind-o de câteva considerațiuni asupra trichocefalozei.

În statisticile clinice noastre, în interval de 25 ani nu am mai găsit niciun asemenea caz; și deși trebuie să o recunoaștem, nu s'a cercetat anume găsirea viermilor în apendice, cunoscând însă că de cele mai multe ori se secționează apendicele pentru a se vedea leziunile pe care le-a produs inflamația la mucoasă, dacă afecțiunea ar fi fost mai frecventă, ar fi trebuit să se găsească mai des viermele.

Iată observația noastră:

C. C. femeie, de 20 ani, este transpusă clinicele noastre, de Clinica Medicală I (Prof. Dr. I. Hațieganu), în 30 Decembrie 1943, pentru dureri abdominale cu localizare mai ales în dreapta, grețuri, dureri de cap, amețeli, o senzație generală de rău, leucocitoză, subfebrilitate.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanță.

În antecedente personale, neagă boli infecto-contagioase. Bolnava își amintește să fi avut la vârsta de 9 ani viermi intestinali, cari i-au dat tulburări de ordin gastric și de care s'a vindecat prin luarea de vermifuge. Nu poate preciza natura viermilor.

Menstruația la 16 ani; epocile catameniale se succed regulat.

Boala actuală datează de 5 zile și a început brusc, cu dureri abdominale difuze cari iradiau către fosa iliacă dreaptă, unde s'au și localizat după câteva ore. Durerile din fosa iliacă dreaptă alternau cu faze de acalmie, de durată variabilă și erau însoțite de grețuri. Durerile iradiau spre hipocondrul drept, unde uneori impresia dureroasă era așa de puternică, încât bolnava trebuia să-și oprească respirația; adesea durerile din hipocondrul drept erau mult mai puternice decât cele din fosa iliacă dreaptă. În ultimele 3 zile, durerile s'au localizat sub rebordul costal drept, adesea sub forme de crize care țin câte 10—15', iradiază în umărul drept și spate, sunt însoțite de frisoane și urmate de temperatură și transpirație. Dela apariția durerilor, bolnava este inapetentă și are încontinuu dureri de cap.

Cu aceste fenomene, bolnava stă în repaus cu comprese reci pe abdomen timp de 3 zile, dar văzând că fenomenele nu cedează, se internează în Clinica Medicală, unde i se fac examinările necesare, după care, după 24 de ore este transpusă Clinicele noastre cu diagnosticul de apendicită acută.

E. menul obiectiv. Temperatura 37,1. Pulsul 96/minut. *Starea generală* ușor alterată. *Leucocitoza* 12.000. *Urina:* Albuminoă, purol, zahăr, negativ. *Organele toracice:* nimic patologic.

Abdomenul de conformație normală, ușor balonat, cu o ușoară denivelare în jumătatea dreaptă, care pare mai retractată. La palpare sensibilitate netă în punctul Mac-Burney. Deasupra punctului apendicular, sub rebordul costal în dreapta, o zonă sensibilă cu apărare musculară netă pe o întindere a două palme.

Semnul contralateral, pozitiv.

În această situație, se decide intervenția imediată, conform conduitei Clinicii noastre, cu diagnostic de *apendicită acută*.

Sub anestezie rachidiană se face incizia Roux și se pătrunde prin incizia peritoneului în cavitatea abdominală. Abdomenul fără lichid. Se luxază cecul în plagă și se descoperă apendicele situat posterior, cu vârful dirijat spre loja hepatică, ascendent. Apendicele mai lung, cam de 10 cm. turgescenț, foarte congestionat, prezintă vârful oedematizat sub oarecare tensiune. Se face apendicectomie după tehnica obișnuită, cu oarecare greutate, din cauza poziției și a mersului său ascendent. Se închide peritoneul; se reface peretele; pansament.

La examinarea macroscopică pe secțiune a apendicelui, se constată un apendice, cu mucoasa mult îngroșată, cu ulcerări și puncte necrotice multiple în special către vârf; în interiorul lumenului câțiva coproliti. Aspect de apendicită flegmonoasă.

La vârful apendicelui se descoperă un vierme cu extremitatea inferioară subțire și albă, infiltrată în perețele apendicular, iar partea superioară mai groasă făcută spirală. Piesa se trimite pentru examen, Institutului de Anatomie Patologică (Prof. Dr. T. Vasiliu). Între timp, până la sosirea rezultatului se fac toate examinările unei *parazitoze cu trichocefal*, deoarece viermele avea acest aspect.

Tablou sanguin: Polinucleare 60%, Limfocite 30%, Monocite 9%, Eozinofile 1%. În scaun macroscopic, nu se observă trichocefali. La examinarea microscopică a scaunului se găsesc ouă de trichocefal.

Gradul de anemie: Hematii 4,100,000. Hemoglobină 70%.

Rezultatul analizei histopatologice este următorul: (Prof. Dr. T. Vasiliu).

„Secțiunile transversale făcute la nivelul ulcerărilor de pe mucoasă se constată o dispariție a mucoasei apendiculare. La suprafață observându-se o infiltrație de celule limfatice, care reprezintă organul follicular limfoid al mucoasei apendiculare. Totodată se găsesc celule eozinofile (cu un singur nucleu) precum și multe hematii. Submucoasa este îngroșată și cu multe bande de țesut colagen; musculara este și ea modificată ca

arhitectură, tot în urma unui proces inflamator: multe elemente nervoase. Este o apendicită flegmonoasă. Viermele găsit este trichocefal”.

Evoluția post operatorie este normală și ziua 7-a se scot firele, bolnava fiind vindecată per primam. Deoarece bolnava nu a prezentat până la această afecțiune nicio altă turburare, ea părăsește clinica, urmând a reveni la control.

Analiza datelor cazului prezentat, ne pune în fața unei trichocefaloze, a cărei singură manifestare morbidă este apendicită. Parazitoza este definită prin găsirea ouălor de trichocefal în scaun și prezența monocitozel (care este caracteristică pentru acest vierme).

Că numărul paraziților este mic, o dovedește faptul că în scaun nu se găsesc paraziți, că gradul de anemie este normal, că bolnava până atunci nu a avut nici o manifestare care să ne îndreptățească să bănuim prezența unui parazit în general și a trichocefalului în special.

Prezența trichocefalului în apendice pe lângă leziunile prezentate de acesta, dovedește că apendicită este datorită trichocefalului. Eozinofiliile prezente între elementele celulare ale apendicelui, întăresc această afirmație. Lipsa ouălor dintre elementele celulare apendiculare găsite la apendice, s'ar putea explica prin faptul că viermele găsit în apendice era un mascul, deoarece partea groasă era răsucită în spirală, la extremitatea cărui se găsea spiculul.

Poate că ipoteza patogenică a producerii apendicitei datorită vehiculării microbilor prin vierme, ar trebui, în cazul nostru, combinată cu ipoteza traumatismului plexurilor nervoase, ceea ce ar găsi un sprijin în multitudinea elementelor nervoase. Am avea atunci explicarea sensibilității de sub rebordul costal drept, ca și a apărării musculare din acea regiune, ca un reflex cu punct de plecare apendicular.

Cazul prezentat de noi, își are importanța în aceea că întărește înscrirerea trichocefalului printre factorii etiopatogenici ai apendicitei.

• •

Trichocefalus dispar, este un vierme nematelmint din ordinul nematozilor, subordnul trichineloida, familia trichinelidelor, genul trichuris (sinonime: trichocefalus hominis, trichuris trichura). Vierme alb, ușor roșetic, caracterizat prin diferența de grosime considerabilă între partea anterioară filiformă, conținând esofagul și partea posterioară umflată conținând intestinalele și organele genitale. Anusul este terminal. Masculul are extremitatea corpului răsucit în spirală, cu particularitatea că concavitatea spiralei corespunde feței dorsale; nu posedă decât un testicol și un spicul unic, prevăzut cu o teacă sau prepuț. Spiculul este prevăzut cu spinii deși și ascuțiți. Femela este numai incurbată,

posedând un singur ovar, iar vulva se găsește la originea părții umflate a corpului.

Masculul este mai mic ca femela și are o lungime medie de 30—45 mm. Raportul între partea groasă și cea subțire (filament) este de 3/2. Femela este lungă de 35—50 mm. Raportul între cele două părți este 2/1.

Ouăle sunt caracteristice, în general brune, lungi de 50 μ și largi de 22 μ elipsoidale, acoperite de o coajă groasă, prevenind la fiecare pol un orificiu închis de un dop (*Brumpt*).

Viermele habitează în mod frecvent cecul și apendicele, mai rar colonul și intestinul subțire. În ele, el se găsește implantat prin extensibilitatea sa subțire, în mucoasa intestinală, deci fixat de intestin; acest mod de fixare este valabil numai pentru viermele parazitând un organism viu; la autopsii, în special după 48 ore, viermele este liber în lumenul intestinal.

Ciclu evolutiv. Oul excretat de vierme, ajunge în intestin, de unde se elimină cu materiile fecale. Particularitatea acestui ou este că în momentul eliminării lui din organism este o singură celulă și în interiorul organismului rămâne nesegmentat, deci autoinfestațiunea este exclusă, — iar perioada de diviziune nu începe decât de când a fost expulzat la exterior, unde embrionul ca să se desvolte, are nevoie cel puțin, de 6—12 luni. În exterior rezistă foarte mult la intemperii, datorită acelei carapace groase. Infestația la om este directă prin ingerarea ouălor embrionate, odată cu alimentele. *Grassi* și *Calandruccio* au demonstrat acest mod de infestațiune și au arătat că ciclul evolutiv ou-larvă-adult, este foarte rapid.

Majoritatea autorilor sunt de acord în a afirma că viermele este bine suportat de organism, acesta ne manifestând nicio reacțiune de intoleranță față de parazit. În unele cazuri însă, când viermele, prin extensibilitatea lui anterioară pătrunde mai adânc în peretele intestinului, ajungând până în tunica submucoasă sau chiar musculară, produce leziuni inflamatorii de intensitate variabilă. Prezența în organism se face astfel simțită prin *acțiuni toxice, traumatice, infecțioase sau inflamatorii*, a căror totalitate morbidă, constituie *trichocefaloza*.

Simptome caracteristice pentru trichocefaloză nu sunt cunoscute. Polimorfismul simptomelor în care cele mai variate manifestări nervoase generale și locale, gastrice, intestinale, cerebrale, anemii, prurit, anesteziile cutanate întâlnite, se explică, așa cum afirmă *T. A. Haussmann*, prin găsirea de către parazit a locului de minimă rezistență, în organe diferite, unde viermele își pune în valoare, când acțiunea toxică, când cea infecțioasă, când cea traumatică. În general, se poate vorbi mai mult de o manifestare parazitologică, decât de una clinică, fenomenele grave prezente uneori având un caracter ocazional.

Reacțiunea organismului față de infestațiunea cu parazit este în funcție de cele mai multe ori de cantitatea viermelor în intestin. Numărul mare al parazitilor fixați pe mucoasa intestinală provoacă fenomene catarale cu modificări însemnate în această mucoasă, dând naștere la enterite acute și cronice cu scaune sticloase și sângerânde, tenesme, dureri abdominale, reacțiuni peritoneale.

Anemiile pernicioase cu trichocefal, deși rare, au fost de asemenea descrise ca forme grave și este suficient să amintim numai cazul lui *Moosbrügger* asupra „*Enterită cronică și anemie mortală consecutivă trichocefalozei*“, intrat de mult în literatura clasică.

Dintre reacțiunile generale produse de trichocefal, amintim ca mai frecvente, durerile de cap, amețelile, excitațiile meningeale, reacțiuni reflexe, ca urmare a iritațiilor traumatiche a anumitor firșoare nervoase; dar aceste fenomene trebuiesc ținute sub rezervă, pentru că numai proba dispariției lor prin tratamentul antivermifos dă certitudinea infestației cu trichocefal.

Unii autori (*Roeder* și *Wagler, Delle Chiage*), afirmă că leziunile peretelui intestinal produse de vierme, pot în anumite condițiuni să servească de porți de intrare pentru infecțiuni microbiene, constituind prin aceasta, chiar dacă parazitii sunt în mică cantitate „ocazii de boală“ (febră tifoidă, choleră, dizenterie).

Lewinsohn, în 1925, studiind anatomo-patologic și histo-patologic intestinul indivizilor morți de dizenterie bacilară, a ajuns la concluzia că, deși intestinul prezenta leziuni foarte numeroase, datorită pătrunderii parazitilor în peretele intestinal, totuși, în jur nu a putut pune în evidență reacțiuni inflamatorii sau purulente. El crede că leziunile mecanice cu lipsa de continuitate a mucoasei, se desfac total și foarte repede, vindecându-se, după ce parazitul, dintr-o cauză sau alta, a părăsit cuibul său săpat în mucoasă.

Diagnosticul precis pentru trichocefaloză, se pune numai prin analiza microscopică a scaunelor, când găsim ouă de parazit, sau macroscopic, când găsim parazitii eliminați odată cu scaunul.

Prognosticul este în funcție de forma infestațiunii, — nefavorabil în infestațiile masive, deoarece parazitii sunt foarte greu de eliminat, — fără nicio gravitate în cele cu puținți paraziti.

Tratamentul trichocefalozei se rezumă la aceleași mijloace medicamentoase ca oricare dintre helmintiaze: *Filix mas*, *Thymol*, *Calomel*, *oleu chenopodii*, mai nou *sprocid*. Rezultatele sunt însă mai puțin bune pentru că viermele este cel mai rezistent la acțiunea vermifugelor.

Interesant din punct de vedere chirurgical este faptul că pentru tratamentul local al intestinului gros, grav alterat de trichocefal, se recomandă *tiflostomie* și apoi „spălături cu soluții thimolate“, prin orificiul creat.

Bine înțeles, asemenea intervenții, ca și tratamentul în general, nu se aplică decât în cazurile grave.

CLINICA CHIRURGICALĂ CLUJ—SIBIU

Director: Prof. Dr. Al. Pop

Literatură.

- E. Brumpt: *Precis de Parasitologie*. 1936.
 Bezançon—Labbé: *Patologie Medicale*. Tom. VI. Masson. 1934.
 Achard-Loepere: *Precis d'Anatomie-Pathologique*. 1924. Paris.
 Vasiliu Titu: *Anatomie Patologică Clinică*. Cluj. 1939.
 D. Gerota: *Apendicita* Buc. 1929.
 P. Savy: *Traité de Therapeutique Clinique*. Masson. Tom. I.
 L. Szidat—Wigand: *Leitfaden der Einheimischen Wurmkrankheiten des Menschen*
 Hațieganu—Goia: *Tratat elementar de Semiologie și Patologie Medicală*. Vol. III. Cluj. 1939.

RESUMÉ

Considérations sur la trichocéphalose

Les auteurs relatent une observation d'appendicite par trichocéphale et avec cette occasion discutent la symptomatologie clinique de cette affection.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über Trichocephalosis

Die Verfasser veröffentlichen einen Fall von Blinddarmentzündung von Peitschenwurm hervorgerufen und stellen Betrachtungen über Trichocephalosis allgemeinen und Blinddarmentzündungen in besonderen an.

Valoarea vitezei de sedimentare a hematiilor în reumatism

de

Dr. Gh. Faur, Dr. Gh. Ioanoviciu și Dr. O. Munteanu

Una din multiplele probe de laborator, în punerea diagnosticului de afecțiune reumatică, este și viteza de sedimentare a globulelor roșii.

În ultimele două decenii ea a preocupat mult lumea medicală, astăzi devenind o probă curentă de laborator.

Fenomenul sedimentării este cunoscut de multă vreme și comportarea lui a fost studiată în cele mai variate stări patologice, nefiind o reacție specifică.

Vom descrie numai pe scurt care este mecanismul intim al sedimentării, precum și modificările patologice ale sângelui, capabile să producă variațiunile.

Se știe că dacă recoltăm sânge prin venepunție și-l facem incoagulabil printr-o substanță chimică, apoi îl lășăm în repaus într'un tub de sticlă, vom obține o separare a coloanei de sânge în două straturi suprapuse: un strat inferior de culoare roșie, format din globule roșii și albe și un strat superior galben citrin, format din plasmă sanghină.

Acest fenomen fiziologic al sedimentării este foarte complex, el fiind rezultatul multor factori încă nelămurii pe deplin. Am fi tentați să credem, că sedimentarea hematiilor s'ar face în baza legilor gravitației, pentru că hematiile care au o densitate mai mare ca plasma, ar cădea la fund (Stokes).

Această explicație este insuficientă pentru a putea lămuri variabilitatea atât de mare a V.S.H. în cazurile patologice.

Stabilitatea sângelui este în funcție de încărcarea electrică ce există între elementele figurate și plasmă.

Elementele figurate ale sângelui poartă sarcină electrică negativă. Serumalbumina și serumglobulina, elementele principale ale plasmelor au și ele sarcină electrică negativă însă cantitativ mult mai mică. Dintre aceste două elemente, serumalbumina este mai mult încărcată negativ decât serumglobulina, deci raportul dintre ele ar modifica în plus sau în minus sarcina electrică a hematiilor. Sporirea serumalbuminei în plasmă, prin adsorbție pe suprafața hematiilor, mărește sarcina lor negativă și contribuie astfel la mărirea stabilității de suspensie. Creșterea concentrației serumglobulinei, care este mult mai puțin negativă, descarcă o parte din sarcina negativă a hematiilor micșorând stabilitatea de suspensie din care rezultă o accelerare a V.S.H. Anticorpii, care au o structură asemănătoare cu globulina accelerează prin acest mecanism, V.S.H.

Pe lângă factorii amintiți ar mai juca rol în sedimentare vâscozitatea, tensiunea superficială, diverși ioni pozitivi, conținutul în colesterol, numărul și volumul hematiilor, temperatura, agitărea prea îndelungată a sângelui, etc.

Valorile V.S.H. la omul sănătos are, ca și temperatura, tensiunea arterială, leucograma, mici variațiuni, fie în legătură cu alimentația, fie cu munca, cu gravitatea, cu menstruația, etc. Acestea sunt în limite foarte reduse. Există deosebiri și în privința sexului, la femei fiind aproape de două ori mai mare ca la bărbați.

Asupra valorilor normale ne conducem după Westergreen, care pe un material foarte vast a găsit că sunt de 4—6 mm. la bărbați și 6—8 mm. la femei.

(după 1—2 ore). Valorile peste 10 mm. în prima oră le considerăm ca anormale.

În cazuri patologice în care avem de a face cu procese inflamatorii febrile, acute sau cronice, se produce o destrucție de țesuturi în organism. Substanțele proteice (globulina) rezultate din această destrucție și absorbite în sânge, sunt în măsură să modifice stabilitatea electrică a hematiilor, accelerând V.S.H. Aceasta este proporțională cu intensitatea proceselor destructive.

V.S.H. a fost studiată în cele mai variate afecțiuni (Forestier, Mathieu, Pierre Weil, Jerbay, Bethoux, Roger Genin, Ballen, Forens, Curschmann și alții). În reumatism s'a studiat începând abia cu anul 1924 de către Hermann și în nici un domeniu nu și-a găsit o importanță mai mare ca în bolile aparatului locomotor.

Focarele de infecție, în lumina cercetărilor actuale, ar determina la nivelul aparatului locomotor, reumatismul, atât cel acut, cât și cel cronic.

Sedul diverselor focare este răspândit în tot organismul, dar mai ales în cavitatea bucală. În ordinea frecvenței vin în primul rând amigdalele, apoi dinții, cavitațiile sinusurilor, etc., procese infecțioase închise din care pornesc pe cale sanghină sau limfatică, fie agentul microbian (endotoxina), fie exotoxina lui. Acești doi factori (microbul cu endotoxina și exotoxina) pe lângă o constituție organică specială a individului și în anumite condițiuni sunt susceptibile să determine reacțiuni de natură inflamatorie articulară sau poliarticulară. Nu intrăm în cadrul patogeniei reumatismului, dar dorim să accentuăm că în această afecțiune avem de a face cu procese infecțioase inflamatorii. Acestea sunt localizate la nivelul sinoviei, cartilajului sau capsulei articulare și sunt capabile în urma distrucției mai mult sau mai puțin accentuate a țesuturilor amintite să producă o oarecare desagregare tisulară. Rezorbția acestor produse în sânge, pe lângă anticorpi, aduc modificări importante în stabilitatea echilibrului electrochimic al sângelui. Aceste modificări se traduc printr-o accelerare a sedimentării hematiilor.

Din aceste considerațiuni rezultă că există o strânsă legătură între focarul de infecție și stabilitatea echilibrului electrochimic al sângelui. Focarul de infecție în activitate prin sporirea anticorpilor, care sunt o proteină asemănătoare cu seroglobulina, poate să accelereze sedimentarea hematiilor.

Gradul de activitate a focarului se traduce prin accelerarea mai mult sau mai puțin importantă a sedimentării. Această reacțiune pozitivă ne face să căutăm prin toate mijloacele depistarea cauzelor inițiale, adică focarul de infecție primitiv și să-l asanăm. Dacă acestea nu sunt depistate și facem un tratament pur medicamentos simptomatic, vom obține adeseori o ameliorare temporară dar niciodată o vindecare definitivă, până când focarul cauzal nu va fi eliminat din organism.

Cela succesul terapeutic constă deci în depistarea pe orice cale a focarului de infecție și eliminarea lui. Pentru atingerea acestui scop ne vine în ajutor și V.S.H., care este un indicator foarte prețios și mult mai sensibil decât febra și leucocitoza. Această probă am executat-o după tehnica lui Westergreen în 186 cazuri de reumatism și am ajuns la următoarele rezultate:

În reumatismul poliarticular acut, adică acela care evoluează în timp scurt, apoi cedează brusc și în acel care evoluează în ani de zile (deci evoluție cronică), în puseuri acute febrile, separate de perioade de acalmie, am studiat viteza de sedimentare pe 130 de cazuri.

În 96 cazuri (73,6%) avem o V.S.H. accelerată, oscilând peste 10 mm. în 60' până la cifra maximă de 129 mm. în 60'.

Din cazurile cu viteză accelerată, în 49 (37,6%) V.S.H. a oscilat între 10—50 mm. în 60', din acestea în 29 vechimea boalei oscila între 1—22 ani, iar în restul de 20 cazuri dela 3 zile la 1 an.

În 27 cazuri (20,7%) V.S.H. oscila între 50—100 mm. în 60'. Din acestea numai 5 aveau o vechime de 1—3 ani, în restul de 22 fiind vorba de zile și luni.

În ultimele 20 (15,3%) cazuri, V.S.H. oscila între 100—129 mm. în 60', dintre care 7 aveau o vechime între 1—12 luni, iar restul de 13 între 4—30 de zile.

În 34 cazuri (26,1%) V.S.H. a fost normală sau moderat sporită, 19 din ele aveau o vechime a boalei între 1—28 ani, iar restul de 15 între 2—12 luni.

Din aceste date vedem că acolo unde procesul inflamator a fost torpid, lent, fără complicații, echilibrul sanghin a rămas stabil, iar în a 2-a categorie ne găseam probabil în faza ultimă a puseului articular acut. Astfel putem explica pentru ce în aceste cazuri V.S.H. am găsit-o deci normală.

Din aceste cifre se pot deci citi toate datele cercetărilor în mod sintetic.

În marea majoritate a observațiilor am putut depista și focarul de infecție și am menționat și vechimea boalei. Am făcut acest lucru fiind conștienți de realitatea comportării V.S.H. și în legătură cu factorul timp.

V.S.H. se menține ridicată în tot timpul boalei cât persistă febra și fenomenele articulare, apoi scade lent. Bethoux și Roger Genin au arătat prin studiul repetat a V.S.H. în decursul boalei, că diminuarea ei nu merge paralel cu leucocitoza și febra. Ele revin la normal mult înainte V.S.H., care continuă să se mențină la valori ridicate săptămâni și luni după ce s'au liniștit fenomenele articulare. Numai după revenirea la normal a V.S.H. și menținerea ei timp de 2—3 săptămâni putem considera reumatismul ca vindecat.



Tonicul cu gust plăcut

HAEMATICUM GLAUSCH

*toți copiii îl iau
cu plăcere*

Ațiune rapidă fortificantă și hematopoetică

Comparațiune fero-manganică orga-
nică, într-o formă ușor rezorabilă.
Prin adausuri de substanțe amare aro-
matice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr.

Flacon cu ca. 500 gr.

Flaconul mare deosebit de economic!

MAX GLAUSCH, KLOTZSCHE-DRESDEN

DEP.: „PHARMAG“ S.A., BRAȘOV

**INAPETENȚĂ - ANEMIE - CLOROZĂ
ASTENIE GENERALĂ - CONVALESCENȚĂ - SCROFULOZĂ - RACHITISM**

LA GRIPĂ ȘI
TOATE CELELALTE
MALADII FEBRILE
DIN CAUZA RĂCELII

QUADRONAL

ANALGEZIC
ȘI
ANTIPIRETIC
verificat

★

TUB ă 10 TABLETE
TUB ă 20 TABLETE
ETUIS ă 6 TABLETE



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

Tiroida

„Gedeon Richter“

EXTRACT PUR STABILIZAT

Tablete conținând substanțele active din 0,10 gr., 0,30 gr. și 0,50 gr. glandă tiroidă proaspătă.

Fiole conținând substanțele active din glanda proaspătă corespunzând la 3 miligrame iod pe cc.

Hormonul antehipofizar gonadotrop din urina de gravidă

Glanduantin

Fiole și tablete titrate pe unități:

Fiole de 20 unități internaționale

Tablete de 150 unități internaționale

Hormonul folicular cristallizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 și 1.000 unități internaționale

Fiole de 100 unități internaționale în soluție apoasă

Fiole de 1.000 și 10.000 unități internaționale în soluție uleioasă

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.03

Apariția endocarditel reumatice urcă brusc V.S.H. chiar fără leucocitoză sau simptome articulare. Revinerea târzie și lentă la valori normale ar fi datorită leziunilor miocardice și arteriale concomitente, care continuă să fie active mai multă vreme.

Acest fapt va deosebi reumatismul poliartricular acut de cel gonococic, care afectează rar endocardul și numai excepțional miocardul.

V.S.H. accelerată pe lângă o cardiopatie, ne permite a suspecta natura reumatică a boalei.

Vedem deci că V.S.H. în reumatismul poliartricular acut este cu atât mai mare cu cât evoluția este mai gravă. Ridicarea bruscă a valorii ei ne atrage atenția asupra visceralizării infecției reumatice. Interesul V.S.H. în cadrul reumatismului poliartricular acut este deci atât în privința diagnosticului cât și a prognosticului și a terapiei.

În celelalte forme de *reumatisme acute, mono- și oligoarticulare* am găsit în 13 cazuri următoarele valori. În 2 observații valori peste 100 (102—110) mm. în 60', în 3 peste 50 (60—74—81) mm. în 60' și în 7 peste 10 mm. în 60'. Numai într'un singur caz am găsit valori normale (3 mm. în 80'). Prin urmare și în reumatismul oligoarticular V.S.H. se comportă ca în cel poliartricular. Dintre toate acestea menționăm în special *artrita gonococică*, căci ea dă cele mai mari valori de sedimentare, chiar pe lângă o temperatură normală sau mijlocie.

Nu sunt rare valorile maxime de 150—160 mm. în 60' pentru ca apoi în urma terapiei cauzale aplicată să scadă brusc la valori normale, odată cu calmarea fenomenelor articulare. Acest fapt deosebește categoric artrita gonococică de cea reumatică, unde am văzut că V.S.H. persistă săptămâni sau chiar luni după calmarea simptomelor articulare. Diferența de comportare a V.S.H. se poate explica prin faptul că artrita gonococică nu afectează niciodată miocardul a cărui leziune ar menține valoarea V.S.H. multă vreme ridicată.

Învățămintul practic ce-l scoatem din aceste date este că, de câteori avem de-a face cu artrite mono- sau oligoarticulare cu valori foarte mari de sedimentare să suspectăm natura gonococică a afecțiunii și să cercetăm în această direcție.

Valoarea necontestată a V.S.H. reese și din modificările ei în *reumatismul articular cronic*.

Prin acesta înțelegem atât reumatismul care evoluează de la început torpid, cât și cel care începe cu fenomene acute, ducând amândouă la decalcifieri, deformări și anchiloze articulare. Alci V.S.H. este aceea care face distincția destul de precisă între afecțiunile articulare inflamatorii și cele neinflamatorii degenerative (osteocondrită, artropatii deformante, etc.)

Noi am studiat această probă în 16 cazuri cu deformări și anchiloze și am obținut următoarele date:

În 15 cazuri (93,1%) V. S. H. oscila între 12—103 mm. în 60' și numai într'un singur caz (6,2%) V. S. H. a fost normală. Reese deci că în această formă de reumatism V. S. H. este mărită pe lângă o evoluție lentă fără febră de ani de zile.

În aceste cazuri ar fi o adevărată stare septică cronică, produsă de un focar de infecție, unde am putut descoperi în 9 cazuri (56,2%) existența unui astfel de focar.

În general în reumatismul articular cronic V. S. H. dă valori mai mici ca în cel acut și aceasta din cauza evoluției lui torpide.

Între organism și microbi din focar se stabilește în acest caz un fel de echilibru.

Față de vechimea afecțiunii V. S. H. dă valori cu atât mai mari cu cât ne aflăm mai aproape de debut, pentru că după o evoluție mai lungă a boalei să revină la normal, sau puțin deasupra normalului.

Dacă la examinări repetate pe lângă asanarea focarelor, valorile V. S. H. se mențin ridicate, aceasta demonstrează că focarul în cauză n'a fost descoperit și el continuă să fie activ.

În *eritemul nodos* V. S. H. este accelerată. Într'un caz al nostru ea a fost 58—105 mm. în 60' și 120'.

Spondilita anchilopoetică dă o V. S. H. mai mult sau mai puțin accelerată, după cum afecțiunea se găsește într'un stadiu florid sau stins.

Pe 6 cazuri am găsit în 2 V.S.H. normală, iar în 4 V. S. H. accelerată (18—58—80—128 mm. în 60').

Afecțiunile degenerative ca *osteocondrita, artropatiile deformante cu osteofite periarticulare*, V. S. H. arată valori normale. Dacă totuși V. S. H. este accelerată trebuie să ne gândim la o infecție supraadăugată, căci procesul degenerativ nu este capabil să producă modificări coloidale sanghine.

La fel se comportă V. S. H. și în *afecțiunile neinfecțioase ale scheletului osos ca în necroze epifizare aseptice* (Perthes, Köhler, Schlatter).

Artropatia tabetică, nefiind o inflamație cronică specifică a articulației, are V. S. H. normală.

Nu același lucru îl găsim la *osteoartrita tuberculoasă sau morbul lui Pott*, unde avem de a face cu procese cazeoase și V. S. H. este accelerată.

În *reumatismul muscular-lumbago* — unde nu putem pune în evidență, nici radiologic, nici anatomic, ceva deosebit, literatura cercetată menționează că V.S.H. nu suferă modificări. Cu toate acestea noi am găsit în 50% valori mărite deplătând în același timp și focarul de infecție cauzal.

Sciatica de asemenea nu dă valori ridicate de V. S. H. Din 10 cazuri am găsit 5 cu viteza ușor mărită, cu maximum până la 20 mm. în 60'.

Sciatica reumatică în general nu dă accelerarea V. S. H. pe când cea simptomatică secundară, produsă

de diferite procese patologice (meningo-mielite, procese vertebrale, articulare, etc.) produc o accelerare a vitezei de sedimentare.

Adeseori se etichetează în mod eronat de afecțiune reumatică și diversele turburări produse de *piciorul plat*, *alungire ligamentară*, *oboseală musculară*, etc. în care V. S. H. este normală.

Concluzii

Din cercetarea acestor probe de laborator rezultă că:

1. V. S. H. este o metodă de laborator simplă, dar foarte utilă în diagnosticul reumatismului.

2. Ea este mărită în cea mai mare parte a cazurilor de reumatism poliartricular acut și cronic și în afecțiunile reumatice viscerale.

3. V. S. H. accelerată pledează pentru existența unui focar de infecție activ.

4. Când este mărită ne ajută la diferențierea afecțiunilor osteoarticulare degenerative, de cele reumatice.

5. Urmărirea ei în decursul bolii ne orientează asupra evoluției și a eventualelor complicații ce se pot ivi.

6. Metoda culminează prin importanța ei ca indicțiu, după înlăturarea focarelor de infecție, arătându-ne că am fost pe calea cea bună a terapiei. O regresie a ei după asanarea acestor focare înseamnă că am înlăturat factorul etiologic în cauză. Menținerea lor la valori normale câteva săptămâni ne arată efectul durabil și bun și posibilitatea de a declara vindecarea. Când V. S. H. se menține totuși deasupra normalului, există indicii de existență încă a unui focar de infecție activ.

CLINICA MEDICALĂ II

Director: Prof. Dr. Ioan Goia

Bibliografie

1. Louis Bethoux et Roger Genin: Le sedimentation globulaire au cours du rhumatisme articulaire aigu (maladie de Bouilleaud), Archives des maladies du coeur et des vaisseaux 1938.

2. Balien: Vitesse de sedimentation globulaire dans le rhumatisme articulaire. Deutsche Medizinische Wochenschrift 27. III. 1931.

3. H. Curschmann: La valeur diagnostique de la reaction de sedimentation au cours des infections aiguës, Münchener Medizinische Wochenschrift, T. LXXX. No. 45, Nov. 1933.

4. Hermann: Münchener Medizinische Wochenschrift. No. 49, 1924.

5. Max Leffkowitz: Die Blutkörperchensenkung 1937.

6. Dr. Iosif Pușcariu: Comportarea V. S. H. în afecțiunile cronice, în special reumatisme în decursul unei cure balneare Teză 1938. Cluj.

7. Tiberiu Guga: Sedimentarea globulară înainte și după tratamentul Tbc. pulmonare cu benzoat de sodiu. Teză 1939. Cluj.

8. Prof. Dr. Benetato Gr.: Elemente de fiziologie (note luate de Dr. Ciurdariu). Cluj, 1940.

RESUMÉ

La valeur de la vitesse de sédimentation des hématies dans le rhumatisme.

Les auteurs ont déterminé la vitesse de sédimentation des hématies dans 186 cas de rhumatisme aigu en arrivant aux conclusions suivantes: dans la majorité des cas de rhumatisme aigu et chronique la vitesse de sédimentation des hématies est accélérée, ce qui indique un foyer actif d'infection dans l'organisme. La v. s. h. a une importance dans l'appréciation des résultats obtenus après l'élimination des foyers d'infection, parcequ'elle revient au normal dans les cas où le résultat thérapeutique est bon, tandis que sa persistance à une valeur accélérée denote l'existence encore d'un foyer actif d'infections.

ZUSAMMENFASSUNG

Über den Wert der Blutsenkungsreaktion in Rheumatismus

Nach Zusammenstellung der Blutsenkungsreaktionen von 186 Rheumatismusfällen gelangen der Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Beim grössten Teile chronischer und akuter Rheumatismen ist die B. S. R. erhöht. Sie spricht für das Vorhandensein eines aktiven Infektionsherdes im Organismus und hilft uns degenerative osteoartrische Erkrankungen und Rheumatismen auseinander zu halten.

Die B. S. R. ist wertvoll bei der Beurteilung der Ergebnisse von Herdsanierungen weil sie nach gelungener Sanierung zur Norm absteigt, während ihr weiterer Hochstand auf das Vorhandensein von anderen, noch unentdeckten Herden hinweist.

Die B. S. R. zeigt im Verlaufe der Krankheit ob ein Rückgang eintritt oder eventuell irgendwelche Komplikationen aufzutreten im Begriffe sind.

Tratamentul recto-sigmoiditelor cu vaccin antitifo-paratific și clisme cu acid tanic

de

Dr. Degan E., Dr. Meșianu C. și Dr. Faur G.

Tratamentul recto-coltelor este și astăzi o chestiune mult discutată, căci numeroasele și variatele metode întrebunțate în acest scop n'au putut deslega până în prezent problema terapeutică a acestor afecțiuni.

S'a încercat o serie întreagă de procedee, fără a se ajunge însă la o unitate de vederi în ceea ce privește rezultatele obținute.

Cu aceleași metode terapeutice, diferiți autori au înregistrat rezultate contradictorii, iar acela care au obținut rezultate bune nu le-au obținut în toate cazurile.

Pe de altă parte ameliorările și vindecările nu au fost în toate cazurile definitive.

Pentru a judeca valoarea unei metode terapeutice în recto-colite, trebuie să ținem seama și de faptul că aceasta boală adeseori evoluează în puseuri, cu faze de remisiune spontană ceea ce ar putea explica în parte variabilitatea mare a rezultatelor publicate de diferiți autori.

Dintre numeroasele metode de tratament întrebunțate în acest scop amintim:

1. *Vaccino-terapia specifică (Bargen, Nikolas)* cu germeni recoltați dela nivelul leziunilor ulcerose sau din materiile fecale și administrate parenteral, pe cale bucală, sau sub formă de clisme.

2. *Autohemoterapia și transfuzia de sânge (Bergmann).*

3. *Spălături locale* cu diferite substanțe chimice, mai ales antiseptice și astringente ca: spălături cu ser fiziologic, ulei de olive, ceai de mușetel, soluție de bicarbonat de sodiu, acid boric, apă de var 10%, nitrat de argint 1%, enterovioform, iodoform 1%, ihtiol 1%, albastru de metilen 1%, argiol și colargol 0,5-1%, violet de gențiană 1/200.

4. *Pansamente și pulverizări* cu subnitrat de bismut, dermatol, xeroform, cărbune, bolus alba, ortoform, tanin, etc.

5. *Vitaminoterapia (Bensaude)* cu vitamina A în clisme oleoase.

6. *Hormonoterapia* cu paratiroidă (Haschel și Cantarov).

7. *Tratament* cu stovarsol și novarsenobenzol pe cale bucală sau parenteral.

8. *Sulfamidoterapia.*

9. *Terapia prin șoc anafilactic (Kalk)* cu ser de cal.

10. *Proteinoterapia nespecifică (Goia 1927).*

În anul 1940 von Lauda în cadrul terapiei prin febră preconizează *vaccino-terapia nespecifică*, cu vaccin T.A.B. asociat de clisme locale cu acid tanic. El administrează vaccinul intravenos începând cu doza de 500.000 germeni, pe care o mărește apoi progresiv până la 30.000.000. Injecțiile le făcea la intervale de 3-5 zile după reacția bolnavului, administrând în total o serie de 8-10 injecții. La acest tratament general asociază și un tratament local cu clisme de acid tanic în concentrații crescând de la 1‰ până la 1% în cantitate de 100-250 cmc. de două ori la zi timp de 25-30 zile. Cu această metodă a obținut în majoritatea cazurilor rezultate terapeutice excelente.

Bazați pe acest fapt am adoptat și noi în ultimii doi ani în serviciul Clinicii Medicale II procedeul vaccino-terapiei nespecifice cu vaccin T.A.B. asociat cu clisme locale de acid tanic în toate cazurile de recto-sigmoidite.

Redăm mai jos observațiile noastre, care credem că aduc o modestă contribuție la rezolvarea acestor probleme de terapie.

...

Observația I. L. Ana de 32 de ani. Diagnostic: *recto-sigmoidită ulcerosă*. De 2-3 ani prezintă dureri abdominale difuze mai accentuate în fosa iliacă stângă, însoțite de 3-4 scaune pe zi, în care constatăm mucozități, puroi și sânge. De 1 an numărul scaunelor crește la 8-9 pe zi, unele fiind formate numai din mucozități, puroi și sânge. Bolnava prezintă tenesme, scade în forța fizică și pierde 17 Kgr. în greutatea corporală.

Face diferite tratamente, se ameliorează pentru scurt timp, după care boala reapare cu același aspect.

La examenul *rectoscopic*, mucoasa rectosigmoidiană prezintă ulcerări multiple, variate ca formă și dimensiuni, acoperite pe alocuri cu mucus și false membrane, care sângerează la cea mai mică atingere. Între ulcerări, mucoasa apare inflamată, prezentând numeroase puncte hemoragice.

Tratament. Clisme cu acid tanic în concentrații crescând de la 1‰-1% în cantitate de 150-250 cmc. de două ori pe zi, timp de 28 de zile.

Injecții intravenoase tot la 3-4 zile cu vaccin T.A.B. începând cu doza de 500.000 germeni pe care am mărit-o progresiv până la 4.000.000. În total i s'a administrat 7 injecții.

La 7-8 ore după administrarea vaccinului bolnava a prezentat ascensiuni febrile până la 39,8° precedate uneori de frison.

După primele 3 injecții pacienta prezintă un singur scaun la zi, cu mucozități, puroi și sânge în cantitate mult mai redusă, pentru ca după 28 de zile de tratament sângele și puroiul să dispară în întregime.

Controlată rectoscopic se constată că ulcerăriunile au dispărut, mucoasa este încă congestionată prezentând pe alocuri mici puncte hemoragice.

Părăsește clinica recomandându-i-se continuarea tratamentului timp de 5—6 săptămâni, cu clisme de acid tanic de două ori pe săptămână, iar mai târziu o singură dată.

Observația II. B. Pantelimon de 50 ani. Diagnostic: *rectosigmoidită ulceroasă*.

De 3 săptămâni prezintă scaune frecvente și lichide, cu mucozități, puroi și sânge, însoțite de ușoare ascensiuni febrile. De 12 zile dureri în regiunea rectală, mai accentuate în timpul defecației.

Rectoscopic mucoasa rectosigmoidiană este tumefiată prezentând numeroase ulcerăriuni hemoragice, de dimensiuni variate, dintre care unele acoperite cu mucus și puroi.

Tratament: Clisme de 150—250 cmc. cu acid tanic în concentrație crescândă dela 1‰—1% de două ori la zi.

Injectii intravenoase cu vaccin T. A. B. începând cu doza de 500.000 germeni și urcând până la 2.500.000 la interval de 3—4 zile.

În total i s'au administrat 4 injectii.

Reacțiunile au fost mici, temperatura ridicându-se numai până la 38,5. După 3 săptămâni de tratament scaunele devin normale.

La controlul **rectoscopic** ulcerăriunile rectale vindecate în întregime, iar cele sigmoidiene numai pe alocuri.

Observația III. D. Iacob de 35 ani. Diagnostic: *rectosigmoidită ulceroasă. Ulcer duodenal*.

De trei săptămâni prezintă dureri abdominale difuze însoțite de scaune diareice 7—8 la zi, cu mucozități, puroi și sânge. Are tenesme, scade în forța fizică și greutate.

Obiectiv: scaune de consistență moale cu mucus, puroi și strii sanghinolente.

Rectoscopic: Mucoasa rectosigmoidiană hiperemică și edematiată prezintă câteva ulcerăriuni superficiale foarte dureroase, care sângerează la cea mai mică atingere.

Tratament: Piretoterapie cu vaccin T. A. B. asociat cu clisme locale de acid tanic 1‰—1%.

Se fac în total 6 injectii intravenoase cu vaccin T. A. B. la intervale de 3 zile, în doze crescând, dela 200.000 germeni la 5.000.000.

Reacții febrile mici.

Clisme cu acid tanic în cantitate de 150—250 cmc. de două ori la zi și în concentrație crescândă dela 1‰—1% timp de 29 de zile.

După 22 de zile de tratament tenesmele dispar, iar scaunul de consistență încă moale nu mai conține mucozități, puroi și sânge.

Observația IV. B. Maria de 32 ani. Diagnostic: *rectosigmoidită ulceroasă. Anemie secundară*.

De 6 săptămâni prezintă scaune de constipație alternând cu perioade de falsă diaree. Scaunele de constipație sunt acoperite uneori cu mucozități și sânge.

De 2 săptămâni are dureri abdominale difuze mai ales înaintea și în timpul scaunului, tenesme și scaune formate numai din mucozități, puroi și sânge. A slăbit mult în forța fizică și a pierdut, în decurs de 2 săptămâni, 12 Kgr. în greutatea corporală.

A făcut diferite tratamente în mai multe spitale fără nici un rezultat.

Obiectiv: Anemie. Sensibilitate la palpare în flancul și fosa iliacă stângă.

Scaun format numai din mucozități, puroi și sânge.

Rectoscopic se constată o rectosigmoidită ulceroasă.

Tratament: clisme de 2 ori la zi cu acid tanic în concentrații crescând, dela 1‰—1% asociate cu injectii de vaccin T. A. B. tot a treia zi, plecând dela 500.000 germeni și urcând treptat doza până la 2.000.000

După primele două injectii cu vaccin și 8 clisme cu acid tanic se constată o ameliorare evidentă, mucozitățile, sângele și puroiul sunt în cantitate mai redusă, iar după 9 zile de tratament scaunul nu mai prezintă dintre elementele patologice decât cantități reduse de mucozități.

La 13 zile dela internare părăsește clinica vindecată, cu recomandarea de a continua totuși tratamentul cu enterovioform atât pe cale bucală cât și în clisme.

Se simte bine timp de 3 1/2 luni, câștigând 10 Kgr. în greutate, după care din nou reapar scaune cu puroi, mucozități și sânge, motiv pentru care se reînteriază.

Rectoscopic se constată din nou prezența ulcerăriunilor rectosigmoidiene.

Se reîncepe același tratament cu clisme cu acid tanic și vaccin T. A. B.

După 23 de zile părăsește din nou clinica vindecată, făcând în total 7 injectii cu vaccin. După 8 luni dela părăsirea serviciului spitalicesc, starea bolnavei se menține satisfăcătoare.

Observația V. S. Gheorghe de 57 ani. Diagnostic: *rectocolită ulceroasă. Lues latent*.

De 4 luni prezintă dureri abdominale difuze mai accentuate în flancul și fosa iliacă stângă, însoțite de scaune diareice 20—40 pe zi, care uneori conțin mucozități, puroi și sânge.

De două luni mucozitățile, puroiul și sângele apar regulat în scaun. Durerile la nivelul regiunii sigmoidiene sunt mai accentuate, bolnavul prezentând în același timp și tenesme. A slăbit în forța fizică și greutate.

Obiectiv: sensibilitate la palpare în flancul și fosa iliacă stângă. Scaun fetid de consistență mai moale conținând mucozități, puroi și sânge.

Reacția Wassermann = pozitivă.

Rectoscopic ulcerăriuni rectosigmoidiene de dimensiuni diferite și situate la distanțe variabile, sângerează la cea mai mică atingere și sunt acoperite cu mucus, puroi și sânge.

Tratament: prezentând un lues latent se începe tratamentul cu neosalvarsan și bismut. Concomitent microclisme cu acid tanic dela 1‰—1% dimineața și seara, asociate cu injectii intravenoase de vaccin T. A. B. începând cu 500.000 germeni și măbind doza progresiv la intervale de 4 zile până la 2.000.000.

I s'a administrat în total 5 injectii.

Bolnavul nu a făcut reacțiuni termice prea mari.

După 2 săptămâni de tratament scaunele se reduc ca număr și conțin puțin mucus.

După 22 de zile scaunele conțin încă puține mucozități.

La examenul **rectoscopic** se constată că cea mai mare parte a ulcerăriunilor au dispărut, iar o mică parte sunt pe cale de cicatrizare. Mucoasa este mai puțin inflamată și nu mai sângerează.

După 32 de zile de tratament părăsește serviciul vindecat. Revăzut după un an starea de vindecare se menține.

Observația VI. D. Ana de 32 ani. Diagnostic: *rectosigmoidită*.

De 13 luni prezintă dureri abdominale difuze însoțite de ghiorăituri și scaune diareice 8—10 la zi, care conțin uneori mucozități și sânge. În ultimele luni elementele patologice cresc cantitativ, bolnava prezintă tenesme, slăbește în forța fizică și scade mult în greutatea corporală.

Obiectiv: scaun de consistență moale cu un conținut bogat în mucus, puroi și sânge.

Rectoscopic: mucoasa rectală puternic inflamată și edematiată este acoperită pe alocuri cu false membrane și prezintă numeroase puncte hemoragice foarte dureroase la atingere.

Tratament: purgație, regim cu ceai și mere, clisme cu ser fiziologic timp de două zile, după care se trece la clisme cu acid tanic de 2 ori la zi. Concomitent cu acest tratament i se administrează bolnavei injecții intravenoase cu vaccin T.A.B. în doze crescând de la 500.000—2.000.000 germeni.

La 5 ore dela prima injecție cu vaccin bolnava face un frison puternic urmat de febră (39,5°).

După a doua injecție durerile abdominale scad ca intensitate, numărul scaunelor se reduce la 4—5, iar conținutul lor în mucozități și puroi scade simțitor.

După un tratament de 32 zile, în care timp bolnava a primit în total 4 injecții cu vaccin și clisme cu acid tanic până la concentrația de 1% tenesmele dispar complet, scaunele se reduc la 1—2 pe zi, nu mai conțin mucozități, puroi și sânge, iar la rectoscopia de control mucoasa prezintă un aspect normal, afară de unele locuri, cu aspect granitat.

Observația VII. M. Maria de 43 ani. Diagnostic: *rectosigmoidită*.

De 3 săptămâni prezintă dureri abdominale difuze, cu iradiieri în regiunea dors-lombară, însoțite de ascensiuni febrile și scaune diareice 8—20 la zi. De 7—8 zile bolnava are tenesme, prezintă scaune cu mucozități, puroi și sânge, se simte slăbită și a scăzut în greutate 5 Kgr.

Rectoscopic: mucoasa rectală, dar mai ales cea sigmoidiană este puternic inflamată și acoperită cu straturi bogate de false membrane și puroi.

Tratament: purgație, ceai, regim cu mere, apoi zilnic clisme cu acid tanic asociate cu injecții intravenoase de vaccin T.A.B. în doze crescând de la 500.000—2.000.000.

A primit în total 4 injecții.

După trei săptămâni bolnava părăsește clinica vindecată.

Observația VIII. I. Regina de 48 ani. Diagnostic: *rectosigmoidită ulcerosă. Reumatism articular cronic primitiv*.

De 3 luni prezintă tenesme și scaune diareice 20—26 pe zi cu mucozități și puroi. Scaunele uneori sunt formate numai din mucozități și puroi. La o lună dela debut face un reumatism cronic primitiv la ambele mâini cu deformarea degetelor și decalcifieri osoase.

Rectoscopic: mucoasa rectosigmoidiană prezintă numeroase ulcerăriuni superficiale care sângerează la o atingere mai puternică. Între distanța 5—10 cm. mucoasa prezintă un aspect granitat.

Tratament: purgație uleioasă, regim de cruțare și clisme zilnice cu acid tanic de la 1%—5% în cantitate de 200—250 cmc.

Acest tratament executat timp de 10 zile n'a putut influența în bine aspectul scaunelor, motiv care ne-a determinat să asociem și injecții cu vaccin T.A.B. începând cu doza de 500.000 germeni pe care am mărit-o treptat până la 3.000.000. La 30' după prima injecție bolnava face un frison puternic, temperatura se ridică la 39,1° și se menține la 37,8° a doua zi.

Primește în total 5 injecții.

După 23 zile de tratament bolnava are un singur scaun la zi, format și fără elemente patologice.

Rectoscopic: mucoasa ușor hiperemică prezintă câteva ulcerăriuni pe cale de vindecare.

Durerile reumatice au cedat foarte mult, bolnava putându-și flecta bine degetele la ambele mâini.

• • •

Făcând o privire generală asupra rezultatelor obținute, putem spune că tratamentul rectosigmoiditelor cu vaccin T.A.B. asociat cu clisme locale de acid tanic, s'a dovedit a fi foarte util și superior celorlalte metode terapeutice prin rezultatele bune și rapide pe care le-a

dat. În adevăr din cele opt observații ale noastre numai într'un singur caz am avut recidivă, în schimb în celelalte, rezultatele obținute au fost excelente.

După primele 2—3 șocuri cu vaccin T.A.B. asociate cu clisme corespunzătoare de acid tanic, tenesmele diminuează ca intensitate, scaunele se reduc ca număr la 1—4 pe zi, sângele, puroiul și mucozitățile scad cantitativ, iar după un tratament executat timp mai îndelungat dispar complet.

La început de obicei dispar tenesmele, iar dintre elementele patologice ale scaunului sângele, puroiul și numai la sfârșit mucozitățile. Paralel cu această ameliorare sau vindecare clinică, se produc modificări importante și la nivelul mucoasei rectosigmoidiene. Ulcerațiile scad ca dimensiuni și profunzime, pentru ca la urmă să se cicatrizeze. Mucoasa devine mai rezistentă după dispariția procesului inflamator, este mai puțin friabilă și nu mai sângerează. Vindecarea clinică evoluează prin urmare paralel cu vindecarea anatomică.

Tehnica urmată de noi a fost următoarea:

După o purgație prealabilă și clisme locale cu ser fiziologic, administrate timp de două zile, se trece la microclisme cu acid tanic în cantitate de 100—250 cmc, administrate la început de două ori la zi, iar mai târziu o singură dată, reținându-se după posibilitatea bolnavului, timp de 1—4 ore.

Soluția de acid tanic cu care se începe tratamentul este de 1%. Această concentrație paralel cu ameliorarea simptomelor subiective și a fenomenelor obiective este mărită treptat până se ajunge la o soluție de 5%. Spălăturile se fac cu soluții slabe și în concentrații crescând, pentru a nu provoca prin acest tratament o acțiune iritativă și traumatizantă asupra mucoasei inflamate mărind în felul acesta spasmul, durerile și congestia locală. Soluția se administrează totdeauna caldă, după o prealabilă clismă evacuatoare.

Concomitent cu tratamentul local se aplică *vaccinoterapia nespecifică* cu vaccin T.A.B. în concentrații crescând de la 200.000 la 4—5.000.000 germeni pe injecție administrat intravenos și la intervale de 3—5 zile după intensitatea reacțiunii.

Von Lauda precunizatorul acestei metode ridică doza de vaccin la 20—30.000.000 germeni. Noi obținând în toate cazurile reacțiunii febrile suficient de puternice, n'am depășit doza de 5.000.000 germeni.

De altfel suntem de părere că nu este nevoie să se utilizeze un număr prea mare de germeni, pentru că dau naștere pe de o parte la acțiuni febrile excesive, iar pe de altă parte ameliorările obținute nu depind atât de intensitatea reacțiunilor generale, care dacă sunt prea mari pot reactiva în același timp prin epulzarea organismului focare latente de tuberculoză. Din această cauză e bine ca în toate cazurile la care se indică pleroterapia să facem în prealabil un examen

minuțos atât pulmonar cât și general, pentru a descoperi bolnavii cu astfel de leziuni bacilare latente.

Reacțiunile provocate de vaccin apar de obicei la 1—5 ore după administrare și încep prin cefalee, stare generală proastă, astenie, frison și temperatură, care se ridică uneori până la 40 grade. Am avut cazuri la care reacția a început numai după 8—9 ore de la administrare. Durata acestor fenomene variază de la 4—6 ore. În unele cazuri se poate prelungi până a doua zi, când bolnavii se plâng de o slăbiciune generală, inapetență, etc. Aceste considerații ne fac ca șocurile să le repetăm numai la răstimp de 3—5 zile, după intensitatea reacției, lăsând între ele intervale de afebrilitate de cel puțin 2—3 zile.

Numărul injecțiilor administrate a fost de 4—10, variind după intensitatea reacțiilor prezentate de bolnav și starea de ameliorare obținută.

În tot timpul tratamentului bolnavii au fost ținuți în repaus la pat, li s'a aplicat căldură locală și li s'a administrat un regim higeno-dietetic corespunzător. Acest regim nu trebuie să fie sever căci boala fiind adeseori de lungă durată poate duce la slăbire extremă și cașexie, să nu fie unilateral, să fie bogat în vitamine și să nu conțină alimente fermentescibile și cu acțiune iritativă asupra mucoasei inflamate a intestinului gros. Se va administra deci acestor bolnavi: pireuri, creme, prăjituri uscate, brânză dulce, unt, ouă moi, pește dulce, carne de vițel sau de pasăre, tocată sau la grătar, ceal, coniac, rom și vin roșu. Prin acest tratament general am căutat să punem pe cât posibil intestinul în repaus și să-l combatem staza.

Cu această metodă n'am înregistrat nici un accident.

Căutând să explicăm efectul favorabil al tratamentului prin vaccin T.A.B., care nu este altceva decât o *pireto-terapie nespecifică* am întâmpinat greutăți ce nu au putut fi complet elucidate până în prezent.

Pireto-terapia proteică are o *acțiune generală* caracterizată printr-o stimulare a funcțiunii tuturor celulelor, în al doilea rând o *acțiune locală* care constă într-o mărire a capacității funcționale a celulelor din țesutul lezat (*acțiune citoplasmică*). Afară de aceea ea provoacă și anumite modificări în echilibrul sistemului nervos neuro-vegetativ cu acțiune spasmolitică.

Cercetările lui Schmidt au arătat că pireto-terapia proteică acționează asupra elementului infecțios pregătind în felul acesta terenul pentru vindecare.

Bergmann susține că pireto-terapia proteică ar produce în țesutul inflammat o reacțiune puternică (*reacție de focar*), care în prima fază nu este altceva decât o transformare a procesului inflamator cronic într-un proces cu caracter acut. Această inflamație acută, produsă prin intermediul proteino-terapiei, este capabilă la rândul său

să stimuleze și să grăbească procesul de regenerare și ca atare indirect procesul de vindecare.

Goia, în anul 1927, a publicat trei cazuri de proctită ulcerosă, care au rezistat la toate tratamentele afară de proteino-terapie. El a constatat prin rectoscope că după primele injecții se produce o hiperemie pronunțată în jurul ulcerărilor, care hiperemiei prin continuarea tratamentului cedează progresiv, iar paralel cu ea ulcerările scad treptat în dimensiuni până la vindecare.

Cercetări asemănătoare au fost făcute de Friederich în dizenterie.

Noi credem, după cum susține Duval și Roux și mai târziu Goia, când vorbesc despre terapia ulcerelor gastro-duodenale că proteino-terapia acționează în primul rând asupra factorului infecțios, de a cărui eliminare depinde ameliorarea și dispariția fenomenelor dureroase.

Ori în aceste cazuri trebuie să ținem seama mai mult ca ori unde și de faptul că ulcerările de la nivelul intestinului gros, de cele mai multe ori sunt infectate în mod direct, acesta fiind o cavitate prin excelență septică. Ca o consecință directă a celor de mai sus, se produce în jurul ulcerărilor și o limfangită perifocală, care explică tenesmele și durerile rectosigmoidiene.

Rezultă deci, că tocmai în rectosigmoiditele ulcerose, unde factorul infecțios este pe primul plan, pireto-terapia proteică își are indicația sa precisă.

Efectul vaccino-terapiei este ajutat și prin acțiunea locală a acidului tanic. El produce la nivelul ulcerărilor în primul rând o acțiune mecanică de spălare și înlăturare atât a materiilor fecale cât și a secrețiilor patologice — iar în al doilea rând prin acțiunea sa adstringentă devine un factor prețios la reducerea dimensiunilor ulcerărilor și la cicatrizarea lor.

Concluzii:

1. Tratamentul cu vaccin T.A.B, asociat de clisme locale cu acid tanic, preconizat de von Lauda, fiind aplicat în Clinica Medicală II în opt cazuri de rectosigmoidite s'a dovedit a fi util și superior față de celelalte metode terapeutice prin rezultatele bune și rapide pe care le-a dat.

2. Acest tratament provoacă dispariția rapidă și completă atât a simptomelor subiective cât și a fenomenelor obiective în majoritatea cazurilor de rectosigmoidite (în 7 din cele din 8 cazuri ale noastre).

3. Tehnica urmată de noi a fost următoarea:

După o purgărie oieloasă și clisme cu ser fiziologic administrate timp de 2 zile, se trece la clisme cu acid tanic în cantitate de 100—250 cmc. și concentrații crescând de la 10% la 1% administrate la început de

2 ori pe zi, iar mai târziu o singură dată. Concomitent injecții intravenoase cu vaccin T.A.B. administrate tot la 3—5 zile în concentrații crescânde de la 200.000—5.000.000 germeni pentru o injecție.

4. Numărul injecțiilor administrate este de 4—10, iar durata tratamentului 3—5 săptămâni.

5. Cu acest tratament n'am înregistrat nici un accident.

6. Prin comunicarea de față dorim să atragem atenția asupra unei noi metode terapeutice în tratamentul recto-sigmoiditelor cu rezultate suficiente de concludente și care poate fi ușor executată atât în clinică cât și în spitale.

CLINICA MEDICALĂ II

Director: Prof. Dr. I. Goia

Bibliografie

1. Von Landa: Die Behandlung der Colitis gravis ulcerosa (Ther. Gegenw. 1940, 4). Med. clinic No. 23, 1940.
2. E. Landa: Die Fiebertherapie der chronischen Entero-Kolitiden. Wien Med. Gesellschaft. 17. III. 1939.
3. G. Ganter: Darmentzündungen und Darmgeschwüre. Neue Deutsche Klinik Band II (Klemperer).
4. Bensaude: Maladies des l'intestin, vol. IV.
5. Prof. Dr. Goia: Tratamentul ulcerului gastric și duodenal prin injecții parentale de proteine. Clujul Medical 8 Aug. 1927.

RESUMÉ

Le traitement des recto-sygmoidites avec le vaccin anti-typho-paratyphique et avec des lavements à acide tannique

Les A. décrivent un nouveau traitement des recto-sygmoidites, avec le vaccin anti-typho-paratyphique associé aux lavements locaux à acide tannique, préconisé par Von Landa.

Il a été appliqué dans 8 cas de recto-sygmoidites, et s'est avéré utile et supérieur aux autres méthodes thérapeutiques, par les résultats bons et rapides qu'il nous a procurés.

Par ces traitements, on assiste dans la majorité des cas à la disparition rapide et complète des symptômes subjectifs et des phénomènes objectifs.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung der Rekto-sigmoiditiden mit anti-typho-paratyphischem Impfstoff und Klysmen mit Tanninsäure

Die Verfasser beschreiben eine neue, von v. Landa vorgeschlagene Behandlungsmethode der Rekto-sigmoiditiden mit anti-typho-para-typhischen Impfstoff und Einläufen mit verdünnter Tanninsäure.

In den 8 Fällen der Verfasser waren die erzielten Erfolge weit besser als bei anderen Behandlungen.

Die subjektiven und objektiven Symptome verschwinden rasch und ganz.

Probleme de organizare

Organizarea învățământului sanitar și administrativ auxiliar *)

de

Prof. Dr. I. Stoichița

Pentru a putea asigura desfășurarea unei acțiuni vaste și eficiente în interesul sănătății publice, este necesar ca organizația sanitară a țării, să fie încadrată cu un personal tehnic numeros, foarte bine pregătit din punct de vedere profesional și pe deplin devotat importanței sale misiunii.

Fără îndeplinirea acestor cerințe fundamentale, ori câte instituții sanitare s'ar creta și ori cât de bine ar fi ele dotate din punct de vedere material, contribuția lor la progresul sănătății publice va fi redusă sau chiar inexistentă, lipsind factorul hotărâtor care prin muncă, pricepere și devotamentul său, dă vleață și conținut acestor instituții.

Cele mai bogat înzestrate și mai modern utilizate instituții sanitare și de ocrotire de orice gen, nu își vor

putea îndeplini cu adevărat chemarea lor dacă nu vor dispune de un număr suficient de medici bine pregătiți și nu vor avea un personal sanitar și administrativ destoinic și devotat serviciului.

Este deci o cerință elementară ca, paralel cu acțiunea de înzestrare a organizației noastre sanitare și de ocrotire cu instituțiile și așezămintele necesare, să ne îngrijim și de pregătirea și formarea cadrelor indispensabile de personal medical, de personal sanitar auxiliar și personal administrativ de toate categoriile.

Pregătirea și formarea cadrelor medicale este o îndatorire a Facultăților de Medicină, care își îndeplinesc această obligație potrivit intereselor sanitare ale țării și în conformitate cu planul de dezvoltare, care s'a întocmit de comun acord cu Ministerul Sănătății.

*) Raport prezentat în ședința Consiliului sanitar superior din 29 Februarie 1944.

Corepunzător acestui plan de dezvoltare, randamentul Facultăților noastre de Medicină a fost simțitor sporit în ultimii ani, iar pregătirea de specialitate a medicilor a fost asigurată în cele mai bune condițiuni, prin sistematizarea instituției externatului, a internatului și a stagiului de medic secundar pentru toate specialitățile medicinelor, cum și prin o mai bună și mai precisă reglementare a diferitelor concursuri și examene de clasificare.

Dacă opera de pregătire și formare a cadrelor medicale este mai mult o îndatorire a Facultăților de Medicină, în schimb pregătirea și formarea personalului sanitar și de ocrotire, ca și a personalului administrativ sanitar, revine integral Ministerului Sănătății, în conformitate cu normele și dispozițiile foarte precise prevăzute în noua Lege pentru organizarea sanitară a Statului.

Ministerul Sănătății, iar mai înainte Direcția sanitară a Serviciului Sanitar din Ministerul de Interne, a căutat întotdeauna să se achite într-un mod cât mai satisfăcător de această îndatorire și în acest scop, a înființat și a întreținut, la diferite epoci, Școlile de învățământ sanitar pe care le socotea necesare și care corespundeau cu concepțiile și cerințele acelor vremuri.

Pentru o mai bună cunoaștere a acestei probleme, socotim că este necesar și util să facem o scurtă revizuire asupra evoluției în timp a învățământului sanitar și de ocrotire din țara noastră, insistând cu deosebire asupra începuturilor de organizare a învățământului pentru moașe, agenți sanitari și infirmiere de spital.

Primele încercări mai serioase de organizare în acest domeniu le găsim în anul 1839 când Domnitorul Vodă Mihail Ghica, ctitor al Spitalului Pantelimon din București, înființează cea dintâi Școală de moașe pe lângă acel spital. În 1840 „Comisia doctoricească” promovează primele 16 moașe egite din această Școală și tot atunci apare și prima *carte de moșit* scrisă de Doctorul Sporer. Durata cursului la această Școală a fost de 1 an, iar elevele primite aveau vârsta între 20—25 ani.

În anul 1855, durata învățământului la această Școală se ridică la 2 ani, iar 1899 se tipărește un nou manual pentru elevele de moașe scris de Doctorul Capșa.

În Moldova prima Școală de moașe la filință în anul 1852 prin hrăsovu Domnitorului Moldovei Grigore A. Ghica pe lângă Institutul Gregorian din Iași, unde se înființează în același timp și un Azil pentru copii găsiți. Școala de moașe dela Iași a funcționat după aceleași norme și în aceleași condițiuni, ca și Școala dela Spitalul Pantelimon din București.

De remarcat durata învățământului de 2 ani și programa analitică destul de bogată a acestor cursuri.

După aceste începuturi foarte serioase, învățământul moașelor a evoluat într-un chip variat sub im-

perul necesităților timpului și potrivit concepțiilor diferitelor conducători care s-au perindat la conducerea Serviciului sanitar public. Astfel, s-au înființat în anul 1898 cursuri pentru moașe de cl. II-a cu durata învățământului de 1 an, pentru mediul rural, iar în 1904 au luat ființă 4 Școli elementare de moașe cl. II-a pentru mediul rural cu un curs de pregătire de abia 3 luni.

Un moment însemnat în evoluția acestei discipline îl constituie reforma introdusă de Prof. Dr. Slon în anul 1907 prin înființarea *Căminului moașelor rurale*, în care se primeau numai candidate din mediul rural, trimise pentru Școală de Prefecturile de județe și obligate să se reîntoarcă după absolvire în satele lor de origine, unde trebuiau să funcționeze în mod obligatoriu timp de 20 de ani. Durata cursurilor la aceste Cămine s'a ridicat din nou la 2 ani, având o programă analitică identică cu aceea a Școlilor pentru moașele urbane.

Un alt moment însemnat îl constituie actul istoric al Unirii din 1918 când prin alipirea tuturor provinciilor românești s'a sporit în mod simțitor numărul Școlilor de moașe, ajungând să funcționeze în 1919:

3 Școli de moașe pe lângă Clinicele Universitare.	
6 " " " " " " " " " " " " " " " "	Maternit. Dir. G-le a Serv. Sanitar.
2 " " " " " " " " " " " " " " " "	Maternitățile particulare.

Condițiile de recrutare ale elevelor, programa analitică a Școlilor și durata cursurilor, au rămas însă și după această dată diferite dela o Școală la alta și în consecință și gradul de pregătire a absolventelor acestor Școli, a rămas diferit.

În ce privește învățământul *agenților sanitari*, primele începuturi de organizare le găsim în anul 1842 când Doctorul Crețulescu a propus înființarea unei Școli de subchirurgi și chiar de medici rurali numiți de el „ofițeri de sănătate”. „Comisia doctoricească” nu a primit însă în întregime planul Doctorului Crețulescu și a hotărât ca „îndeletnicirea de felcer să se însoțească cu bărbieria” și astfel primii elevi ai acestor școli s'au recrutat dintre bărbieri. Abia în 1866 s'a reușit a se separa mica chirurgie de meseria de bărbier, prin introducerea examenului de subchirurg și prin precizarea competenței subchirurgilor.

Prin Regulamentul Consiliilor de Igienă din 1875 și 1884 și prin Regulamentul obținerii titlului de subchirurg din 1894, se prevăd cursuri speciale pentru învățământul teoretic și practic al subchirurgilor. Se înființează asemenea cursuri pe lângă Spitalele mai mari din țară, admitându-se elevi cu vârsta de cel puțin 21 de ani și având ca școlaritate de bază, cel puțin 4 clase primare. Durata cursurilor a fost de 1 an, fără a fi existat o programă analitică mai precisă.

Absolvenții acestor cursuri au funcționat fie ca auxiliari ai medicilor pentru îndeletnicirile de ordin cu-

LIPOCORTEN

Extract total de cortex suprarenal

indicat în :

*Insuficiența suprarenală subacută și cronică
Sindroamele și bolile endocrine însoțite de
insuficiență suprarenală*

Sindroamele de epuizare nervoasă și musculară

Sindroamele de deficit trofic și de asimilație

Sindromul neuro-psychic depresiv

Intoxicațiile alimentare

Azotemia

Oliguria extra-renală

Vărsăturile de sarcină

•

Intoxicațiile anestezice

Șocul traumatic

Șocul post-operator

Oliguria și azotemia post-operatorie

În pregătirea pre-operatorie

ambalaje à 5 și 10 fiole

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța Generală

COOPERATIVA „UZINELE SANITARE PAULESCU-GEROTA-SUMULEANU”

București, Calea Griviței Nr. 67 - Telefon 4.98.08

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți
"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

Absolut netoxic

Foarte economic

(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și esanțioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

rativ, fie pe cont propriu având *oficine de subchirurgi* unde practicau, executând și intervenții mici chirurgicale.

Până în 1907 au absolvit aceste cursuri 979 de persoane care au ocupat locuri de subchirurgi vaccinatori, agenți sanitari și chiar dentiști cu practică redusă.

Constatându-se nevoia tot mai mare de personal sanitar auxiliar și văzând pregătirea cu totul insuficientă a subchirurgilor existenți, s'a găsit de necesar să se organizeze cursuri complementare cu materii din domeniul igieniei, a profilaxiei și combaterii bolilor infecțioase și noștii de prim ajutor în caz de accidente.

Primele cursuri de acest fel s'au organizat sub conducerea Prof. Dr. Victor Babeș pe lângă Institutul de Bacteriologie din București în anul 1903, având o durată de 3 luni. În anii următori 1905—1907, durata acestor cursuri s'a ridicat la 1 an, iar absolvenții în număr total de 477 au obținut brevetul de agenți sanitari.

Prin Legea sanitară din 1910 vechii subchirurgi se transformă în agenți sanitari având menirea de a fi executorii pe teren a măsurilor de poliție sanitară și putând activa pe teren numai sub controlul și după îndrumările medicilor.

În 1909, se deschid Școli permanente pentru agenți sanitari la Galați și Craiova, iar în 1914 o Școală de agenți sanitari la Iași, această profesie evoluând până în zilele noastre pe aceeași linie.

Învățământul organizat pentru profesia de *infirmieră*, nu este vechi. Primele Școli sistematice de acest gen au luat ființă abia la începutul secolului al XIX-lea, iar un număr mai însemnat de acest fel de Școli s'a înființat abia după anul 1864 adică după Convenția de la Geneva și fondarea Societății Internaționale de Cruce Roșie.

În România cel dintâi îngrijitor de bolnavi pricenuți au fost călugării și călugărițele de pe lângă Mănăstirile care aveau Spitale sau bolnițe. Prima Școală de infirmiere se înființează de către Regina Elisabeta în anul 1878 sub denumirea de „Institutul Surorilor de Caritate”. A doua Școală de infirmiere s'a înființat de Eforia Spitalelor Civile din București în anul 1891 primind eleve cu 4 clase primare și cursurile având o durată de 2 ani. În 1906, la ființă prima Școală de infirmiere de Stat, primind eleve având 20—30 ani, și cunoștințe de scris și citit. Durata cursului era de 1 an, iar programa analitică cuprinde materii din domeniul anatomiei și fiziologiei; igienă și epidemiologie; mică chirurgie, pansamente și bandaje și tehnică îngrijirii bolnavilor.

După aceste începuturi de organizare, Instituția infirmierelor a evoluat foarte lent și schimbător, întâmpinând în calea dezvoltării ei obstacole însemnate pe de o parte din cauza insuficientei salarizări a infirmierelor profesionale, iar pe de altă parte din cauza prestigiului foarte redus de care se bucura această profesie.

slune, în care au intrat cu ușurință tot felul de elemente nepregătite.

Un moment important în evoluția învățământului sanitar și de ocrotire îl constituie noua Instituție a surorilor de ocrotire înființată la Cluj în anul 1919 de către D-l Prof. Dr. Iuliu Moldovan și Instituția asistentelor sociale înființată în anul 1929 la București.

Aceste două categorii de personal de ocrotire și de asistență au evoluat însă pe un alt plan și într-o altă direcție decât Instituția infirmierelor sau a surorilor de spital, constituind un grup aparte, acela al personalului de ocrotire și asistență de care nu ne vom ocupa în expunerea de față.

Până după Unirea din 1918, în afară de moașe, agenți sanitari și infirmiere, nu s'au mai diferențiat alte categorii de personal sanitar auxiliar, care să fi impus înființarea de noul Școli speciale pentru pregătirea lor. Prin Legea sanitară și de ocrotire din 1930, se prevedeau următoarele categorii de Școli:

- a) Școli de surori de ocrotire;
- b) " " " " caritate;
- c) " " oficianți sanitari;
- d) " " infirmieri și infirmiere;
- e) " " moașe;
- f) " " personal infirmier

Organizarea și modul de funcționare a acestor Școli este lăsat în sarcina unui Statut special care deși s'a întocmit și s'a promulgat în anul 1933 totuși nu a fost aplicat niciodată.

În lipsa unei legiferări ferme și hotărâte și din lipsa unui interes mai deosebit față de aceste profesii, organizarea învățământului sanitar auxiliar, a avut în trecut, după cum s'a văzut, numeroase lacune și Școlile care s'au înființat la diferite epoci nu erau organizate după un sistem bine definit și nu au funcționat după norme unitare precise. Din această cauză, puținele Școli care se ocupau de pregătirea acestui personal atât de util și de necesar Serviciului nostru sanitar, erau organizate și funcționau fără un temel legal bine definit și după norme și criterii foarte variate și adeseori necorespunzătoare cu adevăratele interese sanitare ale țării.

Pentru a se remedia această situație dăunătoare sănătății publice, s'a întocmit și s'a promulgat la 5 Aug. 1941, Decretul Lege pentru organizarea învățământului sanitar și de ocrotire, iar la 13 Decembrie 1941, Regulamentul de funcționare al Școlilor de învățământ sanitar.

Prin această legiferare s'a creat o bază legală solidă învățământului sanitar de toate gradele, unificând normele atât de variate și de neprecise după care ele se conduceau mai înainte și în același timp s'a urmărit realizarea unui început de ierarhizare a acestor profesii.

sunt după importanța lor pentru sănătatea publică și potrivit intereselor sanitare reale ale țării.

La data promulgării acestei Legi au existat în țară următoarele Școli pentru învățământul sanitar auxiliar:

- 5 Școli de infirmlere;
- 10 " " moașe;
- 3 " " agenți sanitari;
- 1 Școală de laboranți.

Prin noua Lege de organizare din 1941, pe lângă realizarea principiilor fundamentale mai sus arătate, s'au introdus și o serie de dispoziții chemate să asigure fiecărei categorii de personal sanitar o pregătire dintre cele mai serioase în raport cu misiunea ce are de îndeplinit în domeniul sănătății publice. În afară de aceasta s'a stabilit pentru fiecare categorie de Școală, normele de funcționare, condițiile de recrutare ale elevilor și elevilor, programe analitice precise și detaliate, cum și obligativitatea unui examen de primire și a unui examen de absolvire, după care se eliberează absolvenților diplomele sau brevetele respective.

În noua Lege de organizare a învățământului sanitar și în Regulamentul ei s'au prevăzut următoarele categorii de Școli:

- a) Școli de surori infirmlere;
- b) " " moașe;
- c) " " agenți sanitari
- d) " " laboranți și laborante.

Ca o primă consecință a promulgării noiei Legi, a luat ființă încă în anul Școlar 1941/42, următoarele școli:

- a) 20 Școli de infirmlere cu 473 elevi;
- b) 17 " " moașe cu 960 elevi;
- c) 4 " " agenți sanitari cu 95 elevi;
- d) 5 " " laboranți cu 295 elevi și eleve.

În total au funcționat în acest an deci 46 de Școli sanitare cu un număr de 1733 de elevi și eleve.

Comparativ cu situația aflată înaintea promulgării Legii, au funcționat în plus 17 Școli de infirmlere, 8 Școli noi pentru moașe, 1 Școală nouă pentru agenți sanitari și 4 Școli noi de laboranți și laborante.

În al doilea an de aplicare a Legii, anul școlar 1942/43, au funcționat:

- a) 22 Școli de infirmlere cu 554 elevi;
- b) 15 " " moașe 1112 elevi;
- c) 4 " " ag. sanit. cu 214 elevi;
- d) 5 " " lab. 259 elevi;
- e) 1 Școală de tehnicieni dentari cu 14 elevi.

În total au funcționat deci în acest an 47 Școli sanitare cu un număr de 2153 elevi și eleve.

După al doilea an de funcționare Școlile mai sus arătate au dat Serviciului sanitar al țării, următorul număr de absolvenți și absolvente:

a) Infirmlere	389
b) Moașe	736
c) Laboranți și laborante	146
d) Agenți sanitari	83
Total	1354

Noua legislație din 1941, a dat deci cele mai bune rezultate, pe de o parte unificând după normele unitare învățământul sanitar auxiliar, iar pe de altă parte având ca efect imediat sporirea însemnată a numărului de Școli de pregătire și obținerea unui număr frumos de absolvenți, care au umplut golurile simțitoare în organizația sanitară a Statului.

..

Cu toate eforturile însemnate care s'au depus și a frumoaselor rezultate care s'au obținut prin noua organizare a învățământului sanitar auxiliar, serviciile și instituțiile noastre sanitare prezintă totuși încă numeroase lipsuri de personal sanitar destoinic și bine pregătit.

În adevăr, după datele cele mai recente avem în total:

a) 2312 infirmlere când ne-ar trebui cel puțin	6000;
b) 5408 moașe " " " " "	10000;
c) 4537 agenți sanit. " " " "	6000;
d) 320 lab. și laborante " " " "	1500;

Dacă mai adăugăm la aceasta necesitate de ordin numeric și nevoia atât de mulți simțită de a putea dispune de un personal sanitar auxiliar cât mai bine specializat în diferitele ramuri ale activității sanitare curative și preventive, vom înțelege mai bine pentru ce a trebuit ca din prilejul întocmirii noiei Legi pentru organizarea sanitară a Statului, să revizuiam dispozițiile din Legea din 1941 și să amplificăm aceste norme și dispoziții, prin o serie de noi prevederi chemate să asigure în condiții tot mai bune pregătirea și formarea personalului sanitar și administrativ de toate gradele.

O primă completare care s'a adus prin noua Lege pentru organizarea sanitară a Statului, este separațiunea care s'a făcut între personalul de ocrotire și asistență socială și personalul sanitar și administrativ propriu-zis. Această separațiune și regrupare a fost necesară pe de o parte pentru a evita unele confuzii care existau privind la profesunea de soră de ocrotire și sora infirmieră de spital, iar în al doilea rând a fost necesar, fiindcă învățământul surorilor de ocrotire și al asistentelor sociale reprezintă un grad superior de învățământ sanitar, atât prin durata cursurilor, cât și prin condițiile mai severe și mai pretențioase de recrutare și de selecționare a elevilor.

O a doua completare față de Legea din 1941, o constituie dispoziția mai categorică privind la stabilirea unor norme unitare de organizare și funcționare

a Școlilor de învățământ sanitar de toate categoriile și descentralizarea drepturilor de numire, transferare și disciplinare a personalului sanitar auxiliar până la Serviciile sanitare județene și Instituțiile sanitare exterioare.

O altă amplificare s'a adus prin introducerea unor norme unitare pentru două categorii noul de personal sanitar auxiliar și anume: tehnicienii radiologi și tehnicienii dentari, cum și normele care s'au stabilit prin noua Lege de organizare, privind la pregătirea cadrelor necesare de personal administrativ de spitale.

Introducându-se atâtea norme și dispoziții noul privitoare la organizarea învățământului sanitar și administrativ, s'a ivit în mod imperios și necesitatea de a se întocmi un nou Regulament pentru funcționarea diferitelor școli care se ocupă de pregătirea acestui personal. Dealtfel după o experimentare de 2 ani, se impunea o modificare a Regulamentului și pentru a se stabili programe analitice după normele indicate de experiență.

O comisie de specialiști a lucrat în ultima vreme la întocmirea acestui Regulament, care cuprinde o parte de norme și dispoziții generale aplicabile tuturor școlilor de învățământ sanitar și administrativ și o altă parte, cuprinzând dispoziții speciale și programele analitice detaliate pentru fiecare categorie de școală în parte.

Vom expune în cele ce urmează în mod succint atât normele generale de organizare și funcționare cuprinse în noul Regulament, cât și dispozițiile speciale mai însemnate care privesc singuratele școli.

Iată principalele norme și dispoziții de ordin general:

1. Se stabilesc următoarele categorii de Școli pentru:

- a) Infirmerie de spital;
- b) Moașe;
- c) Agenți sanitari;
- d) Laboranți și laborante;
- e) Tehnicienii electro-radiologi;
- f) " dentari;
- g) Administratori de spital;
- h) Intendenți de spital.

2. Toate școlile de învățământ sanitar și administrativ, se înființează prin decizia Ministerului Sănătății fiind obligate a se conforma integral normelor unitare de organizare și funcționare prevăzute în Regulament.

3. Limitele de vârstă pentru elevi se fixează între 17-30 de ani pentru toate școlile, cu excepția tehnicienilor dentari care se primesc de la vârsta de 16 ani și a personalului administrativ de spitale unde se primesc elevi având vârsta între 24-35 ani.

În școlile de administratori și intendenți de spitale, agenți sanitari și tehnicienii electro-radiologi, se

primesc numai bărbați, în Școlile de infirmerie și de moașe se primesc numai femei, iar în Școlile de laboranți și tehnicienii dentari se primesc elevi de ambele sexe.

4. Ca studii de bază, se cer următoarele condiții:

a) Pentru Școlile de agenți sanitari, infirmerie, moașe, laboranți și tehnicienii dentari, absolvența a 4 clase secundare sau școli echivalente.

Pentru laboranți și moașe se pot acorda dispense până la 7 clase curs supraprimary.

b) Pentru școlile de tehnicienii electro-radiologi, absolvenți ai Gimnaziilor teoretice sau industriale, Secția electricitate.

Cu dispensă se pot primi și meseriași electricieni având cartea de calificare;

c) Pentru Școlile de administrator de spital este necesară absolvența Liceului teoretic sau comercial, iar pentru Intendenții de spitale, absolvența a 4 clase de Liceu teoretic sau Școală comercială.

5. Se instituie obligativitatea ca elevii care au beneficiat în decursul școlarității de bursă, să servească timp de 5 ani în Instituțiile sau serviciile sanitare de Stat.

6. La intrarea în Școală se cere obligator trecerea unui examen de primire constând din examen medical, o probă scrisă de cultură generală și o probă orală de igienă sau gospodărie, iar pentru electro-radiologi de electricitate practică.

7. Într'un capitol separat se prevăd îndatoririle elevilor și modul de disciplinare al lor și anume:

a) Sunt elevi interni și externi; bursieri și solvenți;

b) Elevele Școlilor de infirmerie și moașe, sunt obligate a purta în decursul școlarității uniforma Școlii.

c) Disciplinarea elevilor și elevilor se face prin Direcția Școlii și a Consiliului profesoral în conformitate cu normele stabilite de Regulament.

8. Durata învățământului pentru Școlile de învățământ sanitar este de 2 ani, iar pentru Școlile de administratori și Intendenți de spitale, cursurile au o durată de 6 luni.

9. Toate instituțiile sanitare publice sau particulare sunt obligate a sta la dispoziția Școlilor pentru învățământul practic al elevilor.

10. Corpul didactic al Școlilor de învățământ sanitar este format din medicii primari, medicii secundari de spitale și alți medici oficiali; surori de ocrotire și alt personal de specialitate.

Profesorii se numesc de Minister prin Decizie Ministerială și sunt retribuiți printr-o diurnă fixată de Minister conform normelor în vigoare.

În afară de profesori, Școlile pot avea și instructori sau monitori, recrutați dintre diplomații Școlilor respective.

Toate Școlile de învățământ sanitar și administrativ, vor fi conduse de câte un Director sau Directoare numită de Minister după normele stabilite pentru fiecare Școală în parte.

11. Elevii care din anumite motive, se retrag din Școală, se pot reprimi după un an.

Transferările elevilor de la o Școală la alta se admit numai cu aprobarea Ministerului și cu consimțământul reciproc al Direcțiilor Școlilor respective.

12. La sfârșitul fiecărui an școlar se dă un examen de fine de an, iar după absolvire se trece la un examen special de diplomă sau brevet.

Candidații respinși la examenul de diplomă sau brevet, vor repeta ultimii ani de studii ca externi pe cont propriu.

13. Absolvenții Școlilor de Învățământ sanitar auxiliar, sunt obligați a frecventa la intervale de câte 5 ani cursuri de perfecționare și reimprospătare a cunoștințelor de specialitate. Aceste cursuri se organizează de Minister prin Decizie Ministerială, care stabilește, durata și modul lor de funcționare.

* * *

În afară de normele generale mai sus arătate, noul Regulament mai cuprinde și o serie întreagă de dispoziții speciale aplicabile diferitelor categorii de Școli în parte. Totodată, se arată pentru fiecare Școală separat programa analitică detaliată pe ani de studiu și pe trimestre, cuprinzând enumerarea orelor de cursuri teoretice și zilele rezervate stagiului practic.

Amintim pe cele mai importante din aceste dispoziții speciale:

1. Școlile de înfrimire pregătesc personalul sanitar auxiliar pentru îngrijirea bolnavilor. Ele funcționează pe lângă spitalele de specialitate ale Ministerului sau a altor autorități publice și particulare.

Școlile de înfrimire pregătesc înfrimire de medicină generală, puericultură, psihiatrie și stomatologie.

Programa analitică în primul trimestru al anului I, este identică pentru toate Școlile de înfrimire cuprinzând 185 de ore cursuri teoretice, și 90 de zile stagiul practic.

Începând cu trimestrul al II-lea al anului I învățământul se diferențiază pe diferite specialități având pentru fiecare an în medie 200 ore cursuri teoretice și 230 zile lucrări practice.

Elevii care după primul trimestru al anului I se dovedesc a nu avea aptitudini pentru profesune, se pot elimina din Școală.

2. Școlile de moașe pregătesc personalul necesar pentru asistența femeilor în timpul sarcinii și lăuzii. Ele funcționează pe lângă Clinicile Universitare de obstetrică și pe lângă Serviciile de Maternitate cu o capacitate de cel puțin 50 de paturi.

Școlile de moașe sunt conduse de Directorii Clinicilor, sau de Medicii primari ai Serviciilor de Maternitate, fiind ajutați de câte o moașă de spital — șefă.

Numărul cursurilor teoretice se ridică pe an în medie la 250 ore, iar stagiile practice se ridică pe an la 300 zile.

3. Școlile de agenți sanitari pregătesc și formează personalul ajutător chemat să execute măsurile de combatere a bolilor epidemice, măsurile de poliție sanitară și diferite lucrări în domeniul igienei și salubrității publice. Ele funcționează în Centrele medicale stabilite de Minister în care există posibilități de instrucție teoretică și practică corespunzătoare. Conducerea acestor Școli revine Inspectorilor generali sanitari regionali sau unui medic igienist delegat de acesta.

Programa analitică a Școlilor de agenți sanitari cuprinde în medie 180 ore cursuri teoretice în fiecare an și 300 zile lucrări practice.

Fără de normele din trecut, programa analitică a Școlilor de agenți sanitari a fost radical transformată eliminându-se materiile cu un conținut de pură medicină și introducându-se materiile din domeniul igienei, a epidemiologiei și a măsurilor practice de combatere pe teren a epidemiilor. În afară de aceasta s'au prevăzut o serie de lucrări de inginerie sanitară ca astfel noul agenți sanitari să poată funcționa ca adevărați conductorii tehnicii sanitare.

4. Școlile de laboranți și laborante, pregătesc personalul ajutător pentru laboratoarele de analize biologice, prosecturi și pentru laboratoarele de electro-radiologie. Ele funcționează pe lângă Institutele de cercetări științifice și știință aplicată, iar cele pentru electro-radiologie, pe lângă Clinicele sau serviciile de specialitate.

Conducerea acestor școli revine Directorilor sau Medicilor primari respectivi.

Programa analitică a Școlilor de laboranți și laborante cuprinde în medie 200 ore lecțiuni teoretice, și 300 zile stagiul practic pentru fiecare an.

5. Școlile de tehnicieni electroradiologi pregătesc personalul necesar instalării, reparării și întreținerii aparatelor de radiologie și de agenți fizici ale instituțiilor sanitare. Ele funcționează pe lângă Instituțiile de specialitate respective și sunt conduse de către titrați universitari sau ingineri specialiști.

Programa analitică a școlilor cuprinde pentru fiecare an câte 200 ore cursuri teoretice și 300 zile lucrări practice.

6. Școlile de tehnicieni dentari pregătesc personalul ajutător al medicilor stomatologi, pentru lucrările tehnice. Ei lucrează în cabinetele acestor medici sau în atelierele proprii, neputând practica însă stomatologia și fiind opriți de la orice intervenție pe bolnav.

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiilor gono-
cocice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.
Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.
Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;
apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până
la defervescență, dar maximum 8 g.
(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se
reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și
 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate
Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România:

M. R. Leclerc, București, str. Ruginoasă 1

Școlile de tehnicieni dentari funcționează pe lângă Clinicele stomatologice din Centrele universitare fiind conduse de către Directorii acestor Clinici, sau de un medic al Clinicii delegat de Directorul respectiv.

Programa analitică cuprinde pentru fiecare an de studiu în medie 200 ore cursuri teoretice și 200—300 zile stagii practice.

7. Școlile pentru personalul administrativ de spital pregătesc pe administratorii și intendenții de spitale, destinați a face administrația acestor instituții.

Aceste Școli se organizează de Minister în măsura necesităților fiind conduse de câte un Director numit dintre funcționarii de specialitate ai Ministerului.

Cursurile au o durată de 6 luni, iar programa analitică cuprinde cca. 400 ore de cursuri teoretice și cca. 300 ore lucrări practice.

...

Pentru centralizarea tuturor chestiunilor privitoare la învățământul sanitar și pentru coordonarea activității acestor Școli, funcționează pe lângă Direcția de studii din Ministerul Sănătății un Birou central al Învățământului sanitar și de ocrotire, condus de un medic igienist.

Atribuțiile acestui Birou sunt:

- a) Să centralizeze toate datele privitoare la Învățământul sanitar administrativ;
- b) Să vegheze la aplicarea programului de învățământ sanitar și să întocmească programele analitice pentru diferitele Școli;
- c) Să facă propaganda necesară pentru recrutarea unui număr cât mai mare de elevi și eleve;
- d) Să organizeze și să supravegheze examenele de diplomă și de Brevet;
- e) Să organizeze un fișier central al întregului personal sanitar auxiliar și administrativ;
- f) Să ajute la plasarea personalului sanitar și administrativ care a absolvit Școlile de pregătire.

Am schițat în prezenta expunere evoluția Învățământului sanitar auxiliar din România, insistând asupra

etapelor mai importante și arătând mai ales reformele introduse și realizările obținute în ultimii ani.

Am schițat apoi principiile călăuzitoare ale organizării acestui Învățământ așa cum este prevăzut în noua Lege pentru organizarea sanitară a Statului, din Martie 1943, și în Regulamentul de funcționare care urmează să fie promulgat în scurtă vreme.

Deși nu putem afirma că s'ar fi ajuns prin această legislație și reglementare la o soluționare ideală și definitivă a acestor importante probleme, totuși, suntem în drept a constata că s'a făcut un însemnat pas înainte, prin stabilirea unor norme unitare și precise de organizare și funcționare și prin aceasta spre ridicarea învățământului sanitar și administrativ la un stadiu mai avansat, al evoluției sale.

Prin noule categorii de Școli, care s'au înființat, vom fi în măsură să obținem un personal sanitar specializat în diferite domenii ale activității sanitare curative și preventive, iar prin programele analitice mai complete și mai bine întocmite, cum și prin o mai viguroasă selecționare a elevilor și elevelor, sperăm că vom reuși să avem un personal sanitar și administrativ tot mai numeros și mai bine pregătit.

Pentru a putea avea însă o afinență tot mai mare spre Școlile de învățământ sanitar, este necesar să ridicăm prin toate mijloacele starea materială a personalului nostru sanitar și de ocrotire, cât și prestigiul și situația lui socială.

Prima cerință se poate realiza printr-o mai bună salarizare și prin creșterea de condiții de trai mai ușoare și mai confortabile, iar a doua cerință se va realiza printr-o considerație mai mare și o apreciere mai prietenoasă a medicilor față de acest personal sanitar, adeseori prea puțin apreciat până în prezent de superiorii săi.

Realizând aceste două desiderate, unul de ordin material și altul de ordin sufleteș și social, vom reuși, sper, să ridicăm nu numai nivelul și prestigiul acestor profesioniști, dar să ne asigurăm în același timp colaboratori vrednici și entuziaști în activitatea pe care o întreprindem în folosul sănătății publice.

Medicină școlară

Constatări asupra stării de nutriție și defectelor fizice a elevilor școalelor primare din Circumscripția Codlea (Brașov)

de

Dr. I. Stoic, medic circ.

Examenul medical și completarea fișelor medicale școlare are o deosebită importanță. Prin acest examen numai, putem cunoaște o serie de defecte fizice, care fiind tratate sau corectate la timp, se în-

lătură consecințele lor rele, asupra unei bune dezvoltări fizice și chiar psihice. Influențele dăunătoare pe care le au aceste defecte în evoluția ulterioară a elevilor, ne demonstrează importanța depl-

stărilor lor prin examenul medical și aplicarea tratamentului necesar.

Am aflat numeroși elevi anemici, subnutriți, cu tulburări nervoase, cu inapetență, cu dureri pollarticulare, cari sufereau de una dintre cele mai frecvente afecțiuni întâlnite la elevi și anume, cariile dentare. Fiind supuși tratamentului, starea elevilor s'a ameliorat.

Deci, acțiunea de îmbunătățire a sănătății elevilor într-o circumscripție, numai atunci are sorți de izbândă, când cunoaștem precis aceste defecte.

Examenul medical l-am făcut fiind ajutat de sora de ocrotire și învățători.

În comunele Codlea și Ghimbav, fiind populație mixtă: română și germană, am făcut examenul și al elevilor germani.

Am examinat 469 elevi români și 366 elevi germani între 7—13 ani.

Rezultatul acestor examinări reiese din numărul și proporția defectelor fizice aflate la cei 835 elevi examinați.

Starea de nutriție:

Gradul de dezvoltare fizică și starea de nutriție, l-am stabilit, întrebându-l tabelă etalonată pe subiecții români de Dr. P. Râmneanu, pentru elevii români și tabelă standard de greutate ale lui Baldwin — Wood, pentru elevii germani.

Rezultatele obținute sunt următoarele:

Români	cu greutate	supranormală	22	deci în prop.	de 4,6%
"	"	normală	298	"	"
"	"	subnormală	149	"	"
Germani	"	supranormală	49	"	"
"	"	normală	257	"	"
"	"	subnormală	60	"	"

După cum reiese din aceste date, procentul de subnutriție al elevilor români (31,9%) este mai ridicat de cât al elevilor germani (16,3%). Pe lângă caracterele fizice specifice fiecărui neam, acest fapt se datorește în mare măsură și stărilor economice sociale ale familiilor acestor elevi. Este suficient să amintesc că în cele două comune — Codlea și Ghimbav — cu o populație mixtă, mai mult de $\frac{2}{3}$ sunt români. Cu toate acestea, din pământul arabil al acestor două comune, românii nu folosesc decât abia 12%. O situație similară se află în industrie și comerț. Din această cauză elementul românesc s'a aflat întotdeauna într-o stare materială precară, ceea ce a atras după sine și o alimentație insuficientă.

De asemenea locuințele sunt insuficiente, pentru că în 69,2% familiile copiilor subnutriți dispun de locuințe cu 1 sau două camere, unde sunt obligați să doarmă nu numai cu mai multe persoane în același cameră, dar chiar și în același pat.

Printre elevii subnutriți, am aflat foarte mulți anemici, cari pe lângă paloarea tegumentelor, acuzau dureri de cap, inapetență, o stare de astenie generală, din care cauză lipsesc frecvent de la școală.

Între elevii români am aflat 47 elevi anemici deci în proporție de 10,1%.

Între elevii germani am aflat 28 elevi anemici deci în proporție de 7,6%.

Defectele fizice ale elevilor.

Defectele fizice mai frecvente întâlnite la elevii de școală sunt acelea care interesează dinții, gâtul, ganglionii și pielea.

1. Cariile dentare.

Afecțiunea care predomină la elevii de școală sunt cariile dentare.

La elevii români am aflat 328 cazuri de cariile dentare netratate, deci în proporție de 70,1%.

La elevii români am aflat 1 caz de carie dentară tratată, deci în proporție de 0,21%.

La elevii germani am aflat 100 cazuri de cariile dentare netratate, deci în proporție de 27,3%.

La elevii germani am aflat 70 cazuri de cariile tratate, cu plombe și proteze, deci în proporție de 19,1%.

Elementul românesc este deci acela care pățește mai mult din cauza acestor afecțiuni, iar tratamentul cu plombe și proteze este aproape inexistent.

2. Defectele de gât și nas.

Hipertrofia amigdalelor este destul de frecventă. La românii am găsit 120 elevi cu amigdale hipertrofice — în proporție de 25,6%.

La germani am găsit 80 elevi cu amigdale hipertrofice — în proporție de 21,8%.

b) Vegetația adenoidă.

La românii am găsit 16 elevi cu vegetație adenoidă — în proporție de 3,4%.

La germani am găsit 20 elevi cu vegetație adenoidă — în proporție de 5,7%.

c) Hipertrofie de cornete și catar cr. nasal.

La românii am găsit 18 elevi cu hipertrofie de cornete și catar cr. nasal, deci în proporție de 3,8%.

La germani am găsit 20 elevi cu hipertrofie de cornete și catar cr. nasal, deci în proporție de 5,7%.

3. Ganglionii superficiali.

Prin palparea regiunii cervicale, axilare și inghinale, am constatat:

La românii am găsit 250 elevi cu ganglionii măriti — deci în proporție de 53,3%.

La germani am găsit 120 elevi cu ganglionii măriti — deci în proporție de 32,6%.

La mulți elevi ganglionii au fost măriti din cauza diferitelor afecțiuni cutanate.

4. Bolile de piele.

Boala de piele cea mai des întâlnită, este scabia.

La românii am găsit 17 cazuri de scabie — în proporție de 3,6 %.

La germanii am găsit 1 caz de scabie — în proporție de 0,3 %.

Alte afecțiuni cutanate.

La românii:

Impetigo 8 elevi — în proporție de 1,7 %

Exemă 1 " — " " " 0,2 %

Proporția bolilor de piele la românii este de 5,5 %.

5. Bolii de piele păroasă a capului.

Am întâlnit următoarele afecțiuni ale pielii păroase a capului:

La românii:

Trihofită 2 cazuri — în proporție de 0,4 %

Pediculoză 16 " — " " " 3,4 %

Impetigo 1 caz — " " " 0,2 %

La germanii:

Trihofită 15 cazuri — " " " 4, %

Pediculoză 3 " — " " " 0,8 %

Prin urmare elevii români au suferit de afecțiuni ale pielii păroase a capului în proporție de 4 %, iar copiii germani în proporție de 4,8 %.

6. Defectele și bolile de urechi.

Afecțiunile ale urechilor, otită tubară și otite medii supurate, cerumen al conductului auditiv extern cu acuitate auditivă redusă, am aflat:

La românii 5 elevi — în proporție de 1,08 %

La germanii 2 " — " " " 0,5 %

7. Defecte și boli de ochi.

La românii afecțiunile ale conjunctivei și pleoapelor am aflat 5 cazuri în proporție de 1,6 %.

La germanii afecțiunile ale conjunctivei și pleoapelor am aflat 8 cazuri în proporție de 2,1 %.

Acuitatea vizuală diminuată la elevii germani, 15 cazuri — în proporție de 4 %.

8. Boli ale sistemului osos.

Cea mai frecventă afecțiune osoasă întâlnită la copiii de școală, este scolioza.

La românii am aflat 66 elevi cu scolioză — în proporție de 11,9 %.

La germanii am aflat 68 elevi cu scolioză — în proporție de 18,4 %.

Alte afecțiuni osoase pe care le-am aflat la elevii de școală sunt următoarele:

La românii am aflat 3 cazuri cu picloare plate, 2 cazuri cu artrite reumatismale și un caz cu osteomielită, spre vindecare.

La germanii, am aflat 2 cazuri cu paralizie după poliomielită, 1 caz de luxație congenitală coxofemurală unilaterală, 1 caz de osteomielită vindecat și 6 cazuri cu picloare plate.

Proporția copiilor români cu diferite afecțiuni osoase este de 1 %, iar a elevilor germani este de 2,9 %.

9. Bolile cordului.

Bolile de cord sunt mai puțin frecvente printre elevii pe care i-am examinat.

La elevii români n'am aflat leziuni organice, ci numai 4 cazuri cu tulburări funcționale, — ușoare tahicardii și extrasistole, în proporție de 0,8 %.

La elevii germani, am aflat 3 cazuri cu insuficiență mitrală compensată.

Toate aceste cazuri, au în antecedente scarlatina. Proporția afecțiunilor de cord la germani este de 3 %.

10. Afecțiunile pulmonare.

Leziuni tuberculoase deschise nu am aflat.

La elevii români am aflat însă, 7 cazuri cu bronșită și 8 cazuri cu adenopatii hilare mai accentuate, cazuri verificate și prin examen radiologic. Procentul acestor afecțiuni este de 3 %.

11. Tiroida.

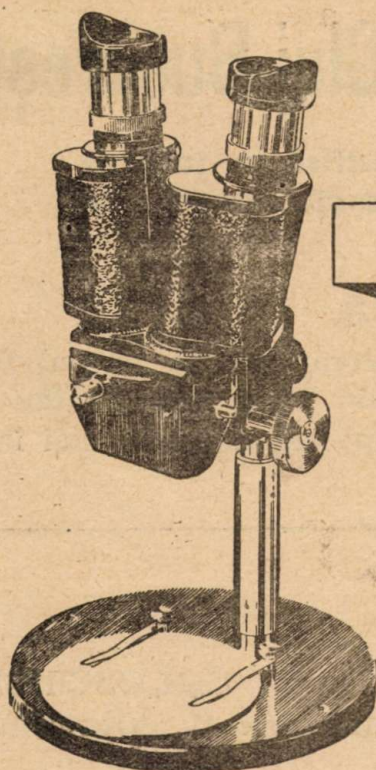
Tiroida mărită, am aflat-o în 48 cazuri la elevii români, deci în proporție de 10,2 % și 28 cazuri la elevii germani, deci în proporție de 7,6 %.

Din cei 48 elevi români cu tiroida mărită, 12 adică 2,5 % au tiroida mai mare. Aceștia majoritatea lor locuiesc în cartierul românesc din Ghimbav, așezat chiar lângă râul Ghimbășel, de unde se și alimentează în mare parte cu apă. În acest cartier, se află mai multe cazuri de gușă parenchimatoasă, la populația adultă.

Majoritatea acestor elevi cu tiroida mărită, sunt din familii cu stare economică și socială mediocră sau rea.

Numărul și proporția defectelor fizice a elevilor de școală din circumscripția Codlea reiese clar din tabloul alăturat:

Naționalitatea	Numărul elevilor examinați	GREUTATEA			Amigdale	Vegetație	Gură - dinți	Ganglioni	Urechii	Nas	Sistem osos	PIELE			Tiroida	OCHI		
		Supranorm	Normală	Subnormală								Paraziți	Scabie	Alte		Conjunctiv.	Acuitate	Alte
Români	469	22 4,6%	298 63,5%	149 31,9%	120 25,6%	16 3,4%	329 70,1%	250 53,3%	5 1,08%	18 3,8%	72 15,3%	16 3,4%	17 3,6%	12 2,5%	48 10,2%	5 1,6%	—	47 10,1%
Germani	366	49 13,3%	257 70,5%	60 16,3%	80 21,8%	20 5,7%	170 46,4%	120 32,6%	2 0,5%	20 5,7%	78 21,7%	3 0,8%	1 0,3%	15 4%	28 7,6%	8 2,1%	15 4%	28 7,6%



ZEISS

Lupe

binoculare

cu câmp vizual mare

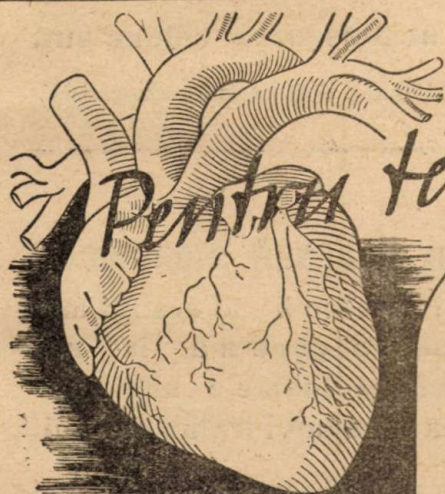
dau imagini brillante și plastice. Chiar la lucrări îndelungate, ochii nu obosesc. Existența diferitelor stative speciale permite întrebuințarea universală a aparatului. Puterea de mărire dela 3—30 ori.

INFORMAȚIUNI ȘI CATALOAGE GRATUITE DELA

CARL ZEISS, JENA



sau dela reprezentanța generală pentru România, Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import, fost Otto & Alfred Herzog, București I. Bul. Carol I. 48



Pentru terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedul de fabricațiune „Dispert” asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.



„Rhenania” Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică**.

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

Concluziuni:

Defectele fizice ale elevilor din circ. Codlea se ridică la un procent destul de ridicat. De aceea tratarea și corectarea acestor defecte a fost una dintre cele mai importante preocupări ale Serviciului sanitar.

Ameliorarea stării de nutriție a elevilor, care este o problemă de mare importanță, având în vedere procentul mare de subnutriție, deasemenea ne-a preocupat în mare măsură.

Cantinele școlare care funcționau pe lângă fiecare școală primară de stat, a luat în anul trecut un avânt mai mare.

Comisiile locale de Patronaj, au depus tot efortul lor în acest sens, pentru a alimenta mai substanțial un număr cât mai mare de elevi săraci. Eforturile n-au fost

zadarnice, deoarece în anul trecut, au putut lua masa la aceste cantine, zilnic, 120 elevi, cheltuiându-se în total suma de lei 426.038.

Pe lângă școala primară din Codlea, s'a înființat o cantină de lapte unde se distribuie zilnic 20 Kgr. lapte pentru elevii săraci și debili.

Tratarea și vindecarea celorlalte defecte, s'a făcut fie la dispensarele din comunele respective, fie la dispensarele de specialitate din Brașov.

S'a insistat în mod deosebit, făcându-se propagandă printre părinții elevilor, de a se trata cariile dentare, care se ridică la un procent așa de mare.

Ridicarea sanitară a elevilor școlari, fiind un imperativ național, trebuie să fie preocuparea de fiecare zi a medicilor.

Activitatea institutelor sanitare

Activitatea spitalicească a Clinicei bolilor contagioase în anul 1943

de

Int. V. Crișan și ext. Miclăuș

Au fost ospitalizați în acest serviciu în decursul anului 1943, un număr total de 681 bolnavi cu un număr total de 13.935 zile de tratament.

Media zilelor de tratament pentru fiecare bolnav este de 20 $\frac{1}{2}$ zile; iar media bolnavilor pe zi a fost de 38.

Dintre bolnavii de mai sus boale infecto-contagioase propriu zise au fost 641 cazuri; 40 cazuri fiind diverse alte boli suspectate la început ca fiind contagioase dar care n'au fost confirmate.

Mortalitatea a fost de 7,5% din totalul bolnavilor tratați adică 52 decedați.

După boale situația este următoarea:

B o a l a	Nr. cazurilor	Morți	Mortalitate %
Febră tifoidă	138	16	11,6
Scarlatină	128	1	0,78
Tifus exantematic	109	5	4,5
Disenterie	24	3	12,5
Difterie	42	6	14,2
Meningită cereb. spin. ep.	23	1	4,34
Meningită t. b. c.	10	10	10
Tetanus	5	1	20
Cărbune	5	-	-
Paralizie infantilă	1	-	-
Pneumonie	7	-	-
Malarie	2	-	-
Gripă	59	-	-
Rugeolă	8	-	-
Erizipel	63	2	3,1
Parotidită epidemică	8	-	-

B o a l a	Nr. cazurilor	Morți	Mortalitatea %
Rubeolă	1	-	-
Varicelă	4	-	-
Amigdalită	3	-	-
Intoxicație alimentară	1	1	100
Diverse boli	40	6	15

Spre o edificare completă facem o dare de seamă asupra fiecărei boli.

Febră tifoidă: Au fost internați 138 bolnavi cu febră tifoidă dintre care au fost 16 morți, deci a fost un procent de 11,6% letalitate cifră obișnuită la noi în țară. Față de statisticile din anii precedenți de la această secție se constată că numărul cazurilor de febră tifoidă este aproape același (numărul cazurilor de febră tifoidă ne dă o imagine fidelă despre starea de igienă a unei țări).

Variabilitatea cazurilor după anotimpuri și luni este în strictă conformitate cu constatările anterioare; anotimp predilect este toamna, iar cazuri izolate survin în tot decursul anului. Astfel: în luna Ianuarie 8 cazuri, Februarie 10, Martie 1, Aprilie 3, Mai 4, Iunie 7, Iulie 7, August 13, Septembrie 35, Octombrie 21, Noiembrie 21, Decembrie 8.

După localitate: 31 au fost din Sibiu, 81 au fost din comunele județului Sibiu și 26 din județele vecine deci majoritatea cazurilor sunt din mediul rural 78%.

După sex: au fost 94 femei și 44 de bărbați.

După vârstă: 1-5 ani 1 caz, 6-10 ani niciun caz, 11-15 ani 11 cazuri, 16-20 ani 46 cazuri, 21-30 ani

33 cazuri, 31-40 ani 34 cazuri, 41-50 ani 5 cazuri, 51-60 ani 7 cazuri și un caz mortal de 65 ani.

Vârsta cazurilor mortale au fost: 15, 18, 19, 24, 29 (două cazuri), 32, 35, 38, 40, 42, 45, 51, 52, 54 și 65 ani.

Mortalitatea se repartizează dela 15 ani în sus la toate vârstele. De altfel sub vârsta de 15 ani frecvența cazurilor a fost minimă în acest an.

Clinic cazurile se repartizează astfel: 20 cazuri ușoare ($14,2\%$), 80 cazuri de gravitate mijlocie ($58,7\%$) și 38 de cazuri grave ($27,2\%$), dintre care 16 au sucombat.

Complicațiile survenite au fost: In cazurile ușoare: 2 congestii pulmonare și o meningită seroasă.

In cazurile de gravitate mijlocie: 1 mastită, 3 epistaxis, 2 hemoragii intestinale, o colecistită, 2 miocardite, 2 congestii pulmonare, o flebită a membrului inferior drept, un meningism, 4 recidive și o otită.

In cazurile grave: în toate cazurile miocardită, congestii pulmonare 12, hemoragii intestinale 8 cazuri, icter 1 caz, pielonefrită 2 cazuri, empiem 1 caz, colecistită un caz, perforație intestinală 2 cazuri, mortale (s'a intervenit operator), adenită cervicală 1 caz, parotidită 1 caz, otită un caz, erizipel 1 caz, peritonită 1 caz.

Tratamentul: în cazurile grave s'au administrat sulfamide albe pe cale bucală, urotropină în injecții, piridiu în injecții, cardiotonice în injecții - în hemoragiile intestinale s'au administrat transfuzii cu sânge conservat.

In cazurile de gravitate mijlocie: urotropină în injecții și cardiotonice.

In cazurile ușoare urotropină pe cale bucală.

In toate cazurile s'a impus un tratament igienodietetic foarte riguros. In rest tratament simptomatic.

Tifusul exantematic. A fost tratat și ospitalizat în anul 1943 un număr de 109 cazuri de tifus exantematic. După vârstă cazurile au fost între 2-70 ani. După gravitatea tabloului clinic au fost 44 cazuri ușoare, mijlocii 33 și grave 32. Au fost 5 morți deci $4,5\%$. Asupra epidemiei de tifus exantematic în județul Sibiu din anul 1943 d-l prof. Dr. I. Gavrilă a publicat un articol amplu în Ardealul Medical Nr. 7 din Iulie 1943 număr consacrat tifusului exantematic.

Scarlatina. Au fost spitalizate 128 cazuri cu un decedat ($0,78\%$). Este un număr de cazuri relativ mare în comparație cu anii precedenți. Statistica din anul trecut dădea un număr redus de scarlatină în Sibiu.

In anul acesta din 128 cazuri 87 au fost din orașul Sibiu, iar restul de 41 au fost din județul Sibiu. După anotimpuri frecvența cazurilor se repartizează astfel:

Primăvara 13 cazuri, vara 11 cazuri, toamna 59, iarna 45 (fără cazurile din luna Ianuarie-Februarie 1944.

După sex au fost 41 băieți și 87 fete.

După gravitatea cazurilor au fost: 6 cazuri grave dintre care unul a sucombat; de gravitate mijlocie au fost 37 și cazuri ușoare au fost 85. Complicațiile survenite au fost: nefrite post-scarlatinoase 4, otite supurate 7 cazuri, boala serului în 8 cazuri, adenite cervicale 7 cazuri, erizipel 1 caz. In două cazuri bolnavii au făcut și pojar.

Tratamentul: în cazurile grave s'a intervenit prompt administrându-se ser anti-scarlatinos intramuscular în trei-patru zile consecutive.

Concomitent s'a administrat acestor bolnavi sulfamide roșii în injecții intramusculare și sulfamide roșii și albe pe cale bucală.

In formele ușoare s'a administrat numai sulfamide roșii și albe pe cale bucală. In toate cazurile atâta timp cât a durat amigdalita și faringita s'a impus o desinfecție riguroasă a nasului și faringelui prin picături de oleu gomenolat 1% și gargarisme cu apă oxigenată.

Difterie. Au fost internați de această boală 42 de cazuri, dintre care 6 au decedat, am avut deci o letalitate de $14,2\%$. Mortalitatea mare este dată mai ales de numărul mare de cazuri de crup difteric. După localități cele mai multe cazuri au fost din Sibiu, în număr de 33, celelalte 9 au fost 5 din jud. Sibiu și 4 din alte județe.

Vârsta cazurilor: dela 1-5 ani au fost 22 de cazuri cu 4 morți, dela 6-10 ani au fost 9 cazuri cu un mort, dela 11-20 ani au fost 7 cazuri cu un mort, dela 21-30 ani 2 cazuri și dela 31-40 ani 2 cazuri.

După gravitate: ușoare 12 cazuri, 9 mijlocii și grave 21.

Complicațiile survenite au fost următoarele: boala serului 8 cazuri, miocardite 2 cazuri, nefrite 1 caz, paralizii 2 cazuri.

Au fost 15 cazuri de crup difteric cu 4 morți, deci o letalitate de 26% , dintre care la 6 s'a intervenit prin traheotomie. Dintre cei traheotomizați 4 au sucombat prin complicații pulmonare, iar 2 cazuri au fost salvate. Vârsta cazurilor cu crup difteric este între 6 luni și 6 ani.

Tratamentul aplicat a fost în primul rând cel specific anti-difteric: în formele ușoare s'a administrat ser anti-difteric în doze de 10-30 mii de unități intramusculare, în formele mijlocii 20-50 mii U I, în formele grave 100-200 mii U I, administrate în curs de 5 zile. In unele cazuri am asociat și tratament cu sulfamide.

Dizenteria. Au fost 24 de cazuri cu 3 morți.

După anotimpuri, primăvara 2 cazuri, vara 11 dintre care 3 au fost mortale, toamna 10 cazuri, iarna niciun caz. Din Sibiu 14 cazuri, iar celelalte 9 au fost din județ.

După sex: 8 bărbați și 15 femei.

După vârstă dela 0-5 ani 2, dela 6-10 ani 2, 11-20 ani 9, dela 21-30 ani 3, 31-40 ani 2, peste 41 ani 5 cazuri. După gravitatea tabloului clinic au fost: grave 4 cazuri dintre care 3 mortale, mijlocii 13 și ușoare 6 cazuri.

Complicațiile survenite au fost: boala serului și purpură un caz, miocardită un caz și un caz de cașexie care a sucombat.

Tratamentul: în toate cazurile am administrat sulfamide, în special sulfamide albe pe cale bucală. Rezultatele obținute au fost bune. Am asociat în cazurile grave ser antidisenteric, administrând 50-100 cmc intramuscular, apoi a fost de mare importanță tratamentul igieno-dietetic. În rest s'a aplicat un tratament simptomatic.

Meningita cerebro spinală epidemică. Au fost 23 cazuri cu un mort (4,34%). Vârsta cazurilor: 1-10 ani 5 cazuri, 11-20 ani 10 cazuri, 21-30 ani 2 cazuri, un caz de 30 ani, un caz de 54 ani și unul de 63 ani. 15 cazuri din Sibiu și 8 cazuri din comunele jud. Sibiu.

După sex: 11 femei și 12 bărbați.

Tratamentul aplicat a fost: ser antimeningococic polivalent asociat cu sulfamide albe sub formă de injecții sau tablete. Acest tratament se aplică câteva zile consecutiv cu foarte multă eficacitate.

Meningita T. B. C. Au fost 10 cazuri dintre care 7 bărbați și 3 femei. Toate cazurile au fost fatale deci 100%. După vârstă la 10 ani 5 cazuri, 10-20 ani 3 cazuri, 1 caz de 22 ani, un caz de 52 ani care s'a complicat cu nefrită.

Rubeola. Am avut un caz de 22 ani, vindecat.

Paralizie infantilă. Un caz, fetiță de 5 ani vindecată. Tratamentul i s'a administrat ser antipoliomielitic asociat cu betaxin strihnină și sulfamide albe.

Cărbune. Au fost 5 cazuri 4 bărbați și o femeie toate vindecate. Toate au fost din mediul rural (jud. Sibiu): Com. Mohu un caz, Ocna Sibiului unul, Gura Răului unul, Alămor unul și jud. Târnava Mică unul. Două cazuri au făcut boala serului. Ca tratament li s'a dat ser anticărbunos și sulfamide roșii apoi li s'a făcut tratamentul chirurgical al plăgii provenite după eliminarea escarei.

Malarie. Am avut două cazuri: o femeie de 19 ani și un bărbat de 29 ani. Ambii vindecați prin atebriță și chinină.

Gripă. Am avut 59 cazuri toate vindecate. Vârsta a fost între 1-64 ani. După sex au fost: 17 bărbați și

42 femei. Din punct de vedere al formelor tabloului clinic au fost în general gripe simple. Cinci au fost complicate cu amigdalite, un caz cu adenită-cervicală superioară, un caz cu purpură hemoragică, un caz cu reumatism poliarticular, un caz cu colecistită, un caz de gripă cu formă gastro-intestinală.

Ca tratament s'a administrat în toate cazurile anti-gripale și sulfamide.

Ertzipel. Au fost 63 de cazuri, 27 bărbați și 36 femei, două cazuri mortale, 3,1%.

După vârstă au fost între 1-54 ani. După localizare: 26 la față, 11 cazuri de gambă, două cazuri la mână, la nas 5 cazuri, după laparatomie două cazuri, la urechea externă 3 cazuri, la genunchi 4 cazuri, la coapsă două cazuri, la picior 2 cazuri.

Am avut un caz cu localizare la trunchi care s'a extins la gât, la față, a cuprins apoi prin orificiul bucal mucoasele și a evoluat fatal.

Tratament: sulfamide albe și roșii în tablete și injecții, în cazuri mai grave ser antistreptococic polivalent.

Varicela. Am avut 4 cazuri: o fată de 7 ani, un băiat de 12 ani, un bărbat de 21 ani, o femeie de 30 ani, toate vindecate.

Tetanus. Am avut 5 cazuri dintre care un caz mortal; trei bărbați și două femei între 16-47 ani. Au fost tratate cu ser antitetanic asociat cu urotropină, pantopon și oleiu camforat. Toate cazurile au fost din mediul rural, din jud. Sibiu. Două cazuri au făcut boala serului.

Intoxicație alimentară. Un caz, de 20 ani, care a evoluat fatal.

Rugeola. Am avut 8 cazuri, 4 băieți și 4 fete între vârsta de 2-25 ani, toate vindecate.

Amigdalite. Am avut 3 cazuri toate vindecate. Fete între 16-20 ani.

Parotidita epidemică. Am avut 8 cazuri dintre care 6 băieți între 14-28 ani și două de sex feminin de 11-46 ani. Un caz s'a complicat cu orchită. Ca tratament sulfamide albe per os.

Pneumonie. Au fost 7 cazuri, 4 bărbați și 3 femei între 19-43 ani toate vindecate. Tratament: sulfamide albe și tratament simptomatic.

CLINICA BOLILOR CONTAGIOASE CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Gaorilă

Revista cărților

Tratat de medicină socială. Volum. III. *Asistența socială* de prof. Dr. Gh. Banu. Casa Școalelor 1944. București. 400 pag.

La un foarte scurt interval după primele două volume a apărut acum volumul al III-lea din marele *Tratat de medicină socială* în IX volume al D-lui prof. Gh. Banu. Actualul volum se ocupă cu marea problemă a asistenței sociale din toate punctele de vedere. Iată cuprinsul acestui volum:

I. Noțiunea, domeniul și obiectivele asistenței sociale: A. Precizarea noțiunii de asistență socială. - B. Binefacere, asistență curativă, asistență preventivă. - C. Domeniul de acțiune al asistenței sociale: 1. Importanța numerică a populației asistate; 2. Categoriile de asistați. - D. Efectele medico-sociale ale asistenței organizate. - E. Științe ajutătoare.

II. Evoluția istorică a asistenței sociale: A. Perioada antichității. - B. Evul mediu. - C. Secolul al XVI-lea. - D. Secolele XVII și XVIII. - E. Secolul al XIX-lea și începutul secolului al XX-lea. - F. Caractere ale evoluției asistenței sociale în România.

III. Factorii etiologici ai stării de dependență: A. Factorii care privesc pe individ: 1. Deficiențe corporale: a) Dependența consecutivă unor boli sociale; b) Dependența consecutivă infirmităților fizice. - 2. Deficiențele psihice. - 3. Deficiențele morale pe bază psihofizică: a) Factori etiologici ai criminalității; b) Etiologia elementelor asociale. - B. Factori de dependență derivând din mediul social: 1. Deficiența familiei; 2. Deficiența locuinței; 3. Factorul mizerie privit în totalitatea lui; 4. Stările de inferioritate socială, factor de scăderi fizice și mintale; 5. Mediul criminogen.

IV. Metodele de lucru în asistența socială: A. Fazele acțiunii de asistență socială. - B. Asistența individuală și asistența familială: 1. Norme de lucru pentru asistența individuală; 2. Norme de lucru pentru asistența colectivă: a) Pentru asistența familiei; b) Pentru asistența unor grupări mai mari. - C. Importanța studiului psihologic al individului și al mediului: 1. Elemente de psihologie individuală; 2. Câteva elemente ale psihologiei de grup. D. Studiul factorului economic: 1. Norme pentru ancheta economică; 2. Indicele pauperismului. - E. Norme pentru anchetele de asistență socială. - F. Fișe, caziere și statistica în asistența socială: 1. Fișe și caziere; 2. Organizare de fișiere centrale; 3. Statistici de activitate pe țară.

V. Asistența socială a diferitelor categorii de dependenți: A. Asistența familiei. - B. Asistența femeii sărace în timpul maternității. - C. Asistența copilului. - D. Asistența socială pe lângă spitale. - E. Asistența dependenților din boli sociale și unele stări fiziologice: 1. Asistența cardiacilor; 2. Asistența tuberculoșilor; 3. Asistența venericilor. - F. Asistența toxicomanilor. - G. Asistența elementelor paupere: 1. Baza etică și socială; 2. Săracii valizi: a) Concepții generale; b) Realizări în câteva state. 3. Pauperii bolnavi. - H. Asistența pauperilor temporari (șomerii). - I. Asistența defectivilor. - J. Delicvenții și criminalii. - K. Elementele asociale. - L. Asistența bătrânilor. - M. Acțiunea de salvare. - N. Asistența prin Crucea Roșie. - O. Organizații de binefacere.

VI. Personalul asistenței sociale: A. Rolul medicului. - B. Asistența socială.

VII. Organizarea asistenței sociale: 1. Unificarea; 2. Raționalizarea.

La sfârșit se dă o bibliografie vastă a tuturor acestor probleme.

Având în vedere multe și variatele chestiuni tratate în această lucrare în legătură cu asistența socială suntem convinși că și acest volum va fi de un neprețuit folos pentru toți factorii dela noi, cari se interesează de problema asistenței sociale.

Concepții noi în icterul cataral de Dr. Oct. Fodor. 80 pag. Tip. „Cartea Românească” din Cluj. - Sibiu 1944.

Problema icterelor epidemice este în centrul discuțiilor medicale din toate țările. Ea reprezintă o importanță deosebită mai ales astăzi în timp de război, pentru că icterele sunt mai frecvente în aceste împrejurări. Clinica Medicală I de sub conducerea profesorului Dr. I. Hațieganu are o experiență foarte vastă în această problemă atât din timpul războiului mondial trecut, cât și din actualul război, apoi din intervalul dintre aceste războaie, astfel că era foarte indicată această școală să-și spună cuvântul în această chestiune de actualitate.

D-l Oct. Fodor un distins elev al școlii profesorului Hațieganu discută în lucrarea de față toate capitolele controversate ale icterelor epidemice ajungând la următoarele concluziuni:

„1. Icterul cataral sporadic și epidemic se prezintă cu un tablou clinic identic, fiind formele clinice ale aceleiași entități morbide.

2. Icterul cataral pe care îl întâlnim obișnuit sub forma sporadică, în anumite condițiuni de viață și alimentație comună poate apare la mai mulți indivizi din aceeași comunitate, sub formă epidemică.

3. Considerăm etiologia lui de natură toxi-infecțioasă, bazându-ne pe cercetările clinice noastre (Hațieganu) și pe evoluția clinică a bolii. Agentul microbian nu este încă cunoscut.

4. Aspectul clinic al bolii este multiform. Bazați pe semne anatomo-clinice și de laborator, putem să compartimentăm aceste forme în trei grupe: forme parenchimo-celulare, colangiolitice și mixte, a căror cunoaștere este importantă din punct de vedere a gravității și evoluției bolii. Formele colangiolitice cu suferința căilor intrahepatice au o evoluție mai prelungită.

5. Icterul cataral este caracterizat prin asocierea afectării și altor organe pe lângă suferința principală a ficatului. Constatăm coafecțiunea duodenului, pancreasului și probabil a ileonului, su-prarenalei și rinichilor, care contribuie la crearea tabloului clinic.

6. Substratul anatomic al icterului cataral este o hepatită, procesul fizio-patologic, fiind o inflamație acută seroasă. Duodenita, staza duodenală și suferința pancreasului le considerăm ca fenomene de acompaniament a suferinței hepatice și nicidecum ca fenomene cu importanță în patogeniza hepatitelor.

7. Proba cu Dehydrocolat de sodiu, prin reacția febrilă pe care o produce în unele cazuri de icter cataral, este un semn destul de caracteristic pentru evidențierea componentei colangiolitice.

8. Cea mai importantă modificare hematologică în perioada icterică a bolii, este reacția limfocitară, caracterizată printr-o limfocitoză (până la 66%) cu apariția de limfocite mari la periferie, uneori însoțită de monocitoză și celule plasmatiche.

9. Viteza de sedimentare a hematilor este de obicei mărită în formele colangiolitice și normală sau scăzută în formele parenchimo-celulare, fără a se putea acorda acestui semn o valoare absolută.

10. Modificările hematologice sunt aceleași atât în icterul cataral sporadic, cât și la cel provenit din mediul epidemic. Aceste modificări pledează pentru identitatea cadrului clinic a celor două aspecte a bolii.

11. Prognosticul apropiat al bolii este bun, mortalitatea fiind de 1-5%.

12. Turburările dispeptice post-icterice sunt adeseori de lungă durată, fiind datorite în cea mai mare parte stazei duodenale cu alură cronică. Rolul ficatului, pancreasului și glandei suprarenale în întreținerea stărilor morbide post-icterice este important.



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINOENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

13. Baza tratamentului în icterul cataral este regimul igienic dietetic. Tratamentul medicamentos este un adjuvant prețios. Tratamentul dietetic trebuie să aibă în vedere și suferințele celorlalte organe și să fie continuat până la dispariția fenomenelor morbide clinice și de laborator. (Staza duodenală)".

Dr. I. Gavrila

Metoda în Psihiatrie și rolul psihiatriei în medicină de *Dr. Valer Barbu*. Ediția „Concordia”, Arad. 1935. - 82 pagini.

În primul dintre cele 4 capitole, care poartă denumirea de „Gândirea psihiatrică. Orientarea generală asupra psihobiologiei”, autorul expune concepțiile moderne americane asupra psihiatriei, a cărei chemare este în primul rând aceea de a se ocupa de bolnavii „nervoși”, alienații propriu ziși urmând pe al doilea plan.

Știința medicală de azi privește omul ca pe o unitate psihobiologică, iar psihiatria de azi se bazează pe psihobiologie, înlocuind cum restul medicinei are la baza sa anatomia și fiziologia.

Psihobiologia este „metoda minții sănătoase” și ea poate fi aplicată la un foarte mare număr de bolnavi, nu ca psihoanaliza, care rămâne numai pentru puțini accesibilă.

Capitolul II. se ocupă de „Metoda în psihiatrie”. Aici autorul expune clasificarea tulburărilor psihice după Adolf Meyer, care se bazează pe reacțiunile tip, având în vedere funcțiunea totală a individului denumită și ergasie.

Autorul descrie apoi principiile după care se face examinarea bolnavului, formularea constatărilor noastre și în fine formularea diagnosticului și nicidecum punerea lui „în două cuvinte”.

În aplicarea tratamentului trebuie să se țină seamă de factorii etiologici, cari pot fi psihogenici, neurogenici-structurali, fiziologici și constituționali. - E interesant că autorul consideră factorul ereditar ca fiind de ordin secundar și nu ezită să-l denumească „superstiție pseudoștiințifică”. Și constituția morfologică a bolnavilor (picnic, astenic etc.) este considerată ca lipsită de importanță.

Neurozele ar fi cauzate de conflicte intrapersonale ascunse și de „mal-organizări”, în cari energia personalității e consumată într-o luptă cu forțele psihobiologice proprii.

Autorul discută apoi tratamentul, care în psihiatrie de obicei nu e separabil de examinare, și scoate în evidență importanța cooperării bolnavului la aplicarea tratamentului.

Capitolul III. tratează despre „Ce rol are psihiatria modernă în medicină?”. Autorul pleacă dela premisa că majoritatea suferinșilor nu sunt atinși de vreo boală anatomică a sistemului nervos, ci au mai multe cauze biologice. În Universitățile americane psihobiologia și psihiatria este predată în 3-4 ani consecutivi, începând cu anul I. de medicină, iar stagiile de spital se fac cu grupuri mici de studenți, adeseori numai cu câte unul singur, pentru ca astfel bolnavul să nu se simtă jenat cu ocazia desvăluirii năcazurilor sale. Clinicile universitare mai au rolul de a forma specialiști, dar și aici se dă importanță mai mult calității muncii prestate, decât cercetărilor și publicațiilor prea numeroase.

Autorul scoate în evidență importanța cooperării dintre psihiatrie și celelalte specialități.

În America psihiatrii au un vast câmp de muncă pe terenul școlar, începând cu școala primară și până în universitate. De asemenea ei sunt indispensabili în justiție, închisori, precum și în institutele de corecțiune. - Chiar și unele stabilimente industriale dispun de personal medical și sanitar psihiatric.

În rezumat rolul psihiatriei moderne nu mai este acela de a se ocupa de alienații incurabili, ci de a preveni boalele mentale prin aplicarea igienei mentale.

Capitolul ultim se ocupă de obstacolele cu cari are de luptat psihiatria. Între acestea sunt de remarcat atitudinea multor medici, cari nu au avut parte de o instrucție psihiatrică adecvată, din care cauză e mulți dintre pacienții lor îi transformă în hipocondriaci. Sunt apoi unii neurologi și endocrinologi, cari cred că specialitatea lor s'ar putea substitui psihiatriei. Un alt obstacol serios îl formează în fine atitudinea publicului față de psihiatrie și ideea dominantă, că a fi bolnav mental e ceva rușinos.

Cartea D-ului Dr. Valer Barbu are meritul de a ne familiariza cu concepțiile moderne despre psihiatrie în clinicile universitare din America de Nord, unde studiul psihobiologiei domină această specialitate, căutând să fie în primul rând o știință aplicată cu scop curativ și mai ales preventiv, dând o importanță deosebită igienei mentale.

Dr. Leonida Dragomir

Note și informațiuni

Pe data de 1 Martie 1944, a fost numit șef de lucrări cu titlu provizoriu, pe baza concursului trecut, *Dr. Nicolae Bumbăcescu*, la Clinica fiziologică dela Facultatea de medicină Cluj-Siblu.

În Mon. Oficial Nr. 1411 din 23 Febr. 1944, s'a publicat lista candidaților reușiți la examenul de diplomă în Igienă, ținut între 20-21 Ianuarie 1944.

Prin Decretul publicat în Mon. Of. Nr. 50 din 29 Febr. 1944, *Dr. Manu Augustin*, se numește definitiv medic primar puericultor, la Centru pentru ocrotirea copiilor Siblu.

Dr. Belu Nicolae, medic primar definitiv al spitalului din Reșița, se numește definitiv directorul aceluiași spital.

Dr. Gheorghe Chlpall, fost medic primar la spitalul „Gh. Mârzescu Brașov” a fost numit pe 1 Martie

1944, profesor titular la catedra de clinică chirurgicală și ortopedică dela Facultatea de medicină Iași, în baza concursului trecut.

În Mon. Oficial Nr. 56 din 7 Martie 1944, s'a publicat înținerea concursului medicilor secundari de spitale pe specialități și medicilor secundari de laboratorii de Igienă și analize biologice, pe ziua de 10 Aprilie 1944, în cele 3 centre universitare. (București — Siblu — Iași).

În același Monitor s'au publicat posturile vacante pentru acest concurs. În regiunea Ardeal și Banat sunt vacante următoarele posturi: Interne și contagioase 9, Chirurgie generală 9, Pediatrie 4, T. B. C. 6, Dermatovenerice 1, Psihiatrie 3, Neurologie 1, Obstetrică-ginecologie 4, Chirurgie infantilă 1, Oftalmologie 1, Laboratori 3.

In Mon. Oficial Nr. 60 din 11 Martie 1944, s'a publicat regulamentul pentru organizarea stagiului de vară al studenților în medicină în spitalele și serviciile publice ale statului.

Dr. Constantin Mărgineanu, medic provizoriu al circ. Roșla, jud. Bihor, se transferă pe 20 Febr. în același calitate de medic al circ. Lăzăreni același județ.

D-na Dr. Șerbănescu Maria, medic prov. al circ. Buceș, jud. Hunedoara se transferă pe 15 Febr., în același calitate la circ. Tâncăr, jud. Brașov.

Dr. Ioan Magda, numit prov. pe 1 Ianuarie 1944, medic al circ. Alton, jud. Cluj-Turda, se consideră numit pe data prezentării la circ. Grodla, jud. Rădăuți.

D-na Dr. Elena Gradin, medic prov. al circ. Moldovița, jud. Câmpulung, se transferă în același calitate medic al circ. Băcăniș, jud. Hunedoara.

În ziua de 5 Aprilie 1944, va avea loc la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, examenul de clasificare pentru medici primari pentru specialitate chirurgie generală și medicină internă.

Examenul de clasificare pentru medicii de consultații generale. Ministerul sănătății și ocrotirilor sociale a publicat în Monitorul Oficial Nr. 59 din 10 Martie 1944 examenul de clasificare pentru medicii de consultații generale.

Medicii reușiți la acest examen vor putea fi numiți în posturile vacante sau ocupate provizoriu la dispensarele din orașe ale Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale, la dispensarele Casei Naționale a Asigurarilor Sociale, precum și la toate dispersările de medicină generală ale instituțiilor de Stat sau subvenționate de Stat, județe sau comune.

Examenul de clasificare pentru medicii de consultații generale va avea loc în ziua de 11 Aprilie 1944, orele 9 a. m. la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale (calea Plevnei 19), cererile de înscriere însoțite de acte urmând să se trimează Direcției Personalului din acest minister până în ziua de 31 Martie 1944 inclusiv.

Probele examenului de clasificare pentru medicii de consultații generale sunt: o probă de activitate medicală, de titluri și de lucrări; o probă clinică de boli interne; o probă clinică de boli chirurgicale; o probă clinică obstetricală.

Candidații vor depune un memoriu cu actele doveditoare asupra activității spitalicești și științifice, a titlurilor și a lucrărilor.

Rezultatul examenului de clasificare a medicilor de circumscripții rurale. În primele 11 zile ale lunii Martie, s'a ținut în cele trei centre universitare, București, Iași și Sibiu, examenul de clasificare pentru medicii de circumscripții rurale.

Au reușit în ordinea clasificării, următorii candidați:

La Sibiu: Dr. Gălățescu Constantin, dr. Suraru M., dr. Foleșoreanu Const., dr. Graebel Clauplu, dr. Kraft Bernhard, dr. Fănățeanu Valeriu, dr. Costin Dragoș Iona, dr. Popovici V. Teodor, dr. Pop Fablu, dr. Bujila Mircea, dr. Vereanu Eugenia, dr. Calana Marius, dr. Gonțla Ilarie.

Reuniunea Interuniversitară română de Anatomie Patologică. În luna Mai a. c. în zilele de 27 și 28, va avea loc la Sibiu o Reuniune Interuniversitară română de Anatomie Patologică și Patologie Experimentală la care vor participa, atât profesori, cât și asistenți de la Iași și București, prezentând lucrări și comunicări.

Subiectele centrale vor fi: Alergia experimentală (Prof. Titu Vasiliu și Prof. R. Popa), Icterul infecțios epidemic (Prof. Crăciun), Histofiziologia mucoasei uterine (Prof. C. Vasilescu).

Cu această ocazie se pot face și alte comunicări și ele vor fi anunțate la Institutul de Anatomie Patologică din Sibiu.

ERATA

la articolul d-lui Prof. Dr. C. C. Velluda

La pagina	Coloana	Rândul	În loc de	Se va citi
137	2	16 de jos în sus	valităților	„calităților”
141	1	14 de jos în sus	întreg	„întregime”
142	2	7 de jos în sus	atilați	„utilizați”
142	2	2 de jos în sus	utilizabile	„utilizabili”
143	1	3 de sus în jos	exemple	„exemplu”
144	2	12 de jos în sus	Feritică	„Critică”
144	2	12 de jos în sus	ea după cum vedem îmbrățișează	„îmbrățișează după cum vedem”
146	1	2 de jos în sus	mare	„mult”

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:
ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



•ENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ ÎN:
**INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

PARALIZIE GENERALA
ARSENOTERAPIE

Stovarsol
sodique

4 oxi - 3 acetilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA
IN ASOCIATIE
CU
PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon - Paris

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Prof. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hăjeganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45



Inviorare intelectuală,
creșterea sentimentului de forță prin
acțiune hormonală fiziologică, prin

TESTOVIRON-T

Terapie hormonală
transcutanată

Cercetări experimentale și clinice au dovedit
că, întrebuițând o soluție potrivită, Testoviron-ul T este absorbit admirabil prin piele.

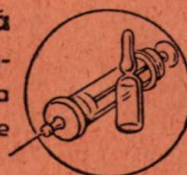
TESTOVIRON-T

Un ambalaj conține 50 mg
de hormon, mai mult deci
decât poate fi extras din
500 Kg. de testicul de taur.



Aplicațiunea transcutanată

de 2 ori 15 picături zilnic, timp de 1 săptămână are acelaș efect ca și administrarea intra-musculară de 2 ori 5-10 mg. pe săptămână.



SCHERING A.G. BERLIN

Codere, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee,
se vor înghiți nemestecate.



KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București III.





ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
”	0,10/2 ”	—	” ” 5 ”
”	0,50/5 ”	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
”	0,005/1 ”	—	” ” 6 ”
”	0,025/1 ”	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	” ” 6 ”	1 ”
”	50.000 .U. I.	” ” 3 ”	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
 SPLAIUL UNIRII 27
 TELEFON: 4-22-44

PARAGEN

ANTIBACTERIAN, ANTITOXIC
MĂREȘTE REZISTENȚA

Indicațiuni:

Reumatism infecțios, în special reumatismul articular subacut și cronic, stările reumatoide acute și cronice cu puseuri acute. Afecțiuni septicemice, terapie adjuvantă în infecțiunile toxice, ca difteria, scarlatina ș. a.

Cutii cu 1, 3, 5 și 50 fiole

„Behringwerke“



LEVERKUSEN

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

I. Goia: Infecția de focar	Pag. 201
C. I. Urechia și D-na Retezeanu Al.: Rezistența emoglobinică în câteva boli nervoase și mentale	" 211
G. Buzoianu, I. G. Russu și G. Popovici: Panosul cronic supurată cronică anterioară bilaterală fistulizată	" 213
Dr. Liviu Ionașiu, Dr. C. Lungu și E. Mateș: Contribuțiuni la studiul factorilor ereditari în nevrozele traumatice de război	" 215
Dr. St. Gârbea, Dr. I. Bârză și Drd. G. Limpede: Disfagia stloidiană	" 218

Probleme terapeutice:

Dr. Marin Teșoiu și Dr. Iorga Elena: Hemostaza cu oleu de terebentină	" 223
---	-------

Medicină de război:

Dr. Fl. Căprariu: Organizarea și funcționarea serviciului sanitar, la unitățile de aeronautică în zonele operative ale frontului de război	" 225
--	-------

Probleme de puericultură:

Dr. V. Gasnas: Considerațiuni asupra turburărilor de structură a limbajului	" 228
---	-------

Activitatea Instituțiilor Sanitare:

Dr. Emil Colbazi și Dr. Emil I. Bologa: Activitatea secției de boli de piele, venerice și sifilis a spitalului Gh. Mărzescu — Spitalul de Boli Sociale din Brașov — în ultimii 10 ani	" 232
---	-------

Societăți medicale	" 244
------------------------------	-------

Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu.

Note și informațiuni	" 248
--------------------------------	-------

Decrete, deciziuni.

RUBIAZOL

ampoules

comprimés

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE . FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES . SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL

calme instantanément la douleur

Angines . Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC



„LUTETIA” S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

— SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Infecția de focar

de

I. Gola

Este incontestabil că, în prezent, problema cardinală a patologiei umane o formează infecția de focar. Ea preocupă deopotrivă și în mod pasionat atât pe clinicieni, anatomo-patologi, cât și pe bacteriologi și biologi. Interesul pentru această problemă a fost atât de mare, încât în scurtul interval de 9 ani, ea a figurat de două ori (1930 și 1939) în programul congresului marelui Societății Germane de Medicină Internă.

Paralel cu aceasta, aproximativ de 15 ani încoace, toate periodicele medicale o țin permanent la ordinea zilei, publicând numeroase articole, scrise de cele mai de seamă somități medicale. De asemenea, în programul cursurilor de perfecționare, ce se organizează an de an în Germania, infecția de focar deține locul de frunte, chiar și în prezent când războiul pune pe tapet atâtea probleme care cer o grabnică rezolvare. Discuțiile pro și contra, privind această problemă, se succed neîntrerupt, încât în acest domeniu dispunem azi de o literatură ce se poate numi, cu drept cuvânt, formidabilă. Cine ar avea însă curiozitatea de a răsfoli ca titlu de documentare tot ce s'a publicat în materie de infecție de focar, ar rămânea în cele din urmă foarte desamăgît și profund desorientat. De fapt infecția de focar este capitolul antitezelor, unde își dau întâlnire teoriile și ipotezele cele mai contradictorii, bazate pe un material cazistic și experimental tot pe atât de deconcertant.

Parcurgând însă literatura infecției de focar în ordinea cronologică a apariției ei, vom surprinde un fenomen ce s'a produs de altfel în toate descoperirile mari, epocale. Ca în orice doctrină nouă și în evoluția infecției de focar vom putea deosebi mai multe faze.

În faza ei inițială ea a avut o primire foarte rezervată de către lumea medicală. Ulterior și pe încetul, a devenit o chestiune la modă. Mai mult, în virtutea unei mișcări pendulare s'a trecut în celalalt extrem,

în felul acesta, ea nu a fost scutită de exagerări condamnabile. Mai ales în America, la un moment dat, s'a produs o adevărată sugestie în masă, încât infecția de focar a devenit o *manie* sau mai bine zis o *monomanie*. Astfel ea a ajuns să fie considerată ca și o patologie umană, în sensul că aproape toate bolile, chiar și cele mintale erau derivate din infecția de focar. Evident că aceste exagerări regretabile, dar inevitabile în evoluția unei doctrine noi, în loc să favorizeze dezvoltarea și vulgarizarea ei în cercuri tot mai largi, a avut darul, dimpotrivă, să o discrediteze în cea mai mare măsură. De fapt reacția nu a întârziat să se producă. După această epocă, caracterizată printr'un entuziasm aproape fanatic, a urmat o perioadă dominată de un scepticism tot așa de puțin motivat. Unii clinicieni, animați de un criticism steril, au bagatelizat și bagatelizează încă și azi noua doctrină, afirmând că importanța ei practică e foarte redusă, considerând rezultatele strălucite, obținute prin eliminarea infecției de focar, ca simple coincidențe. Alții, iarăși, anchilozați într'un dogmatism perimat, afirmă că infecția de focar este o pură născocire care nu există, decât în imaginația acelor care au inventat-o.

Experiența a arătat, însă, că această concepție nihilistă e tot atât de greșită, ca și aceea care susținea că toate bolile sunt determinate de infecția de focar. În prezent ne aflăm într'o perioadă mai realistă. Grație numeroaselor cercetări experimentale, cât și a unor cazistici clinice foarte bogate, începe să se contureze aspectul real al acestei probleme atât de viu discutate. Faptele clinice, cât și cercetările de laborator nu numai că au reabilitat doctrina infecției de focar, ci au situat-o printre problemele capitale, atât ale patologiei, cât și ale medicinei sociale, încât ea azi cu drept cuvânt figurează printre cele mai mari plăgi ale omenirii. În Ger-

manla, unde a format obiectul unor vaste și foarte măgaloase cercetări, ea e considerată ca o problemă socială de o importanță atât de covârșitoare, încât întrece cu mult pe cea a tuberculozel. Într'adevăr, dacă se admite că în marea majoritate a cazurilor, infecția de focar e de înclinat în determinarea reumatismului, care pe de o parte prin leziunile sale viscerale dă o mortalitate ridicată, iar pe de altă parte este generatoare de grave infirmități, este ușor de înțeles că celelalte plăgi trebuie să cedeze pasul infecției de focar, în ceea ce privește importanța lor.

Doctrina infecției de focar este încă în devenire. Ea se încheagă în timpul de față și în deceniile ce vor urma. Faptele clinice și cercetările de laborator i-au fixat nu numai jaloanele ci i-au trasat în linii generale și cadrele. Mai mult, ele i-au pus chiar și o temelie solidă, pe care se poate clădi edificiul grandios al noii doctrine, care chiar și până în prezent a revoluționat patologia umană. Iar pentru viitor e de prevăzut că ea va modifica în mod esențial concepția noastră asupra diferitelor boli, determinând în același timp o profundă schimbare, atât în ceea ce privește tratamentul, cât și prevenirea lor.

În literatura medicală românească infecția de focar nu s'a bucurat până în prezent de atenția cuvenită, căci abia dispunem de câteva comunicări și articole, de altfel foarte interesante, care însă nu ating problema infecției de focar, decât numai prin tangență. Această rezervă e de altfel foarte explicabilă. Mai mult ca oriunde, în domeniul unei doctrine noul ce se află în plină evoluție, se impune o deosebită prudență. Pentru a putea lua o atitudine într-o problemă atât de controversată, este necesar să dispui de o lungă și mare experiență și de o documentare riguroasă. Conduși de acest principiu — deși urmărim infecția de focar aproape de un deceniu — nu am crezut potrivit — până în prezent — publicarea observațiilor noastre în acest domeniu. Acum însă când dispunem de un material cazistic destul de bogat care se cifrează la 411 cazuri, dintre care 146 au fost urmărite și controlate timp mai îndelungat, socotim că această rezervă nu mai are niciun rost. Evident că ne dăm foarte bine seama, că un deceniu de experiență clinică reprezintă încă foarte puțin. Totuși observațiile noastre ne permit să desprindem unele concluziuni pe care le credem interesante și utile, mai ales pentru medicii practicieni, cărora li se adresează în prima linie această modestă lucrare.

Până în prezent, în general, atitudinea medicilor practicieni, față de această problemă, este cât se poate de rezervată. Unii o tratează cu o completă indiferență, ignorând-o în mod voit, ca pe o problemă care se află încă în faza speculațiilor pur teoretice, fiind lipsită de orice valoare practică. Alții prinsi în mrejele încălcite ale multiplexelor teoriilor și ipoteze diametral opuse, în

cele din urmă — complet desorientați, — se complac de asemeni într-o atitudine pasivă, fiind în așteptarea unor fapte noi, chemate să lămurească această problemă obscură. În fine, alții, în funcție de temperament, la primul rezultat favorabil, obținut după eliminarea infecției de focar, se alătură cu entuziasm intervențiilor „cu orice preț”, care derivă toate manifestările morbide din infecția de focar, pentru ca la primul insucces înregistrat să dezerteze cu arme și bagaje în tabăra contrară, unde se afirmă un nihilism tot pe atât de condamnat. Pornind dela aceste considerațiuni, suntem pe deplin conștienți, că o lucrare de natura aceasta numai atunci își poate atinge scopul dorit, dacă e concepută într'un spirit de perfectă onestitate științifică. Din această cauză, în partea doua, unde vom expune cazulistica noastră, vom înfățișa în mod obiectiv nu numai succesele terapeutice uneori într'adevăr miraculoase, ci vom descrie fără nicio rețușare chiar și complicațiile regretabile pe care le-am avut de înregistrat.

Capitolul „Infecția de focar în afecțiunile cardiovasculară” a fost redactat în colaborare cu d-l conferențiar A. Moga, a cărui competență în materile de cardiologie și electrocardiografie este bine cunoscută. Iar în ceea ce privește prelucrarea cazisticii a statisticel pe care o publicăm în partea a doua a lucrării noastre, am avut prețiosul concurs al d-lui preparator Gh. Faur, care s'a achitat de această însărcinare cu multă pricepere și meticuloasă conștiințiozitate.

I

Considerațiuni generale

Istoric

Deși infecția de focar, ca doctrină științifică, nu s'a încetănit decât aproximativ de 4 decenii, totuși importanța ei practică a fost întrevăzută și recunoscută în mod empiric din cele mai vechi timpuri. În felul acesta și doctrinei infecției de focar i se poate aplica cunoscutul dicton „nimic nou sub soare” care se potrivește la atâtea lucruri omenești. Insuși tatăl medicinei genialul Hippocrate semnalează legătura dintre afecțiunile cavității bucale și reumatismul articular. În anul 650 î. de Hristos, după cum o dovedesc tablele descoperite în ruinele Ninivei, se pomenește de o boală a regelui Anapper-Essa, manifestată prin cefalee și dureri în extremități, care rezistă la toate tratamentele obișnuite pe atunci, ca alifii și uleiuri scumpe și nu dispăre decât după ce la sfatul medicului său Arad-Nana i se extrag dinții.

Jean Louis Petit renumitul chirurg francez al secolului al XVII-lea, scoate la iveală importanța patogenetică a dinților cariati care pot determina boli foarte variate, remediabile numai prin extracția dinților.

În 1801 profesorul Benjamin Rush din Filadelfia se declară foarte fericit că a putut descoperi că afecțiuni de ordin general se vindecă prin extracția dinților afectați. O constatare confirmată și de alți medici. Pentru ilustrarea tezei sale relatează un caz de reumatism acut al articulației coxofemorale, care se vindecă prompt după extracția dinților. În același timp el face unele observații

foarte interesante și surprinzătoare pentru acea epocă: anume că, uneori dinții afectați, aparent au un aspect normal și nu se trădează nici chiar prin dureri, totuși ei pot produce la distanță turburări mai mult sau mai puțin grave.

Chirurgul din Weimar, L. Koecker într-o carte apărută la 1828 scrie că în *bolile considerate de nervoase și reumatice, fie că sunt cronice sau acute trebuie să presupunem totdeauna că rolul principal îl joacă dinții, mai ales dacă aceștia nu sunt în stare perfectă*. În același timp remarcă și el ca și Rush, că afecțiunile dentare sunt capabile să producă turburări și leziuni la distanță.

În afară de dinți s'au mai incriminat și amigdalele ca putând servi drept poartă de intrare pentru diferite boli. Astfel, chiar în 1785 Stoll descrie angina reumatică, iar în 1789 apare, de Eyerlen, din Cristiania, o monografie despre reumatismul amigdalelor.

Trousseau în anul 1865 este printre primii clinicieni care recunoaște legătura de cauză și efect între angină și reumatismul articular acut. El consideră însă angina ca simptomul inițial al unei infecțiuni generale exogene, cauzate de un virus necunoscut, amigdalele servind ca poartă de intrare a acestuia în organism.

În 1881 Kaczorowski afirmă că, în gingiile ulcerate trebuie să existe ciuperci, care ajungând prin circulația sangvină în artere și endocard produc un proces degenerativ torpid, determinând astfel atrofia organelor importante din economie. În felul acesta Kaczorowski este precursorul teoriei moderne despre originea reumatică a arterosclerozei. Tot el accentuează importanța igienei bucale și în special a celei dentare pentru păstrarea sănătății.

În 1885 Stephanides descrie un caz de reumatism articular recidivant, însoțit de purpură și vindecat prin amigdalectomie. În 1890 Fiedler enunță în mod categoric părerea că, din afectarea amigdalelor rezultă formarea unui focar, de unde organismul este invadat de agenții patogeni, care pot produce endocardită și reumatism articular. Tot în acest an Cuhrschmann semnalează dependența afecțiunilor renale de afectarea amigdalelor. În 1896, într-o lucrare a lui Staffel, intitulată „Reumatismul articular și angina”, pentru prima oară se conturează mai limpede noțiunea infecției de focar.

În 1900, Senator din Berlin, atrage atenția asupra pericolului, ce reprezintă pentru inimă și rinichi dinții afectați. În același an Delbanco pretinde energic o riguroasă igienă dentară, insistând asupra faptului că dinții cariati pot determina afecțiuni de ordin general. Tot în 1900 francezul Boniguet ține să accentueze că există o strânsă legătură între procesele patologice din cavitatea bucală și cele din alte părți ale organismului. Tot în Franța, Guyot, publică în 1904 o monografie sub titlul „L'artritisme” în care artritisul este considerat ca o consecință a pioreei alveolare.

Toate aceste observații deși sunt foarte interesante, ele fiind sporadice și având valoarea unor cazuri singulare, au trecut aproape neobservate, fiind considerate ca niște curiozități patologice. Din această cauză adevăratul pionier al doctrinei infecției de focar este considerat Lothar Gürich. Bazat pe o vastă experiență clinică și numeroase succese terapeutice, el afirmă în anul 1904, în mod categoric, *legătura de cauză și efect între afecțiunea amigdalelor și reumatismul articular acut*. Tot acest autor în 1905, într-o comunicare făcută la congresul de medicină internă, vorbind de terapia tonsilară radicală a reumatismului acut, susține că *această boală trebuie considerată ca o metastază, pornită dintr'un focar infecțios primar a cărui sediu favorit îl formează amigdalele*. Metastaza se produce ca o consecință a exacerbarii acute a inflamației cronice a focarului primar. Această exacerbare se poate de altfel produce și experimental. Prin eliminarea supurațiunii primare metastaza fiind suprimată, se poate obține vindecarea reumatismului chiar și fără niciun tratament medicamentos. În această comunicare se găsește schițate, de fapt, toate criteriile clinice esențiale ale infecției de focar. Este interesant și foarte semnificativ, că la discuția, care s'a deschis după această comunicare, nu a luat ni-

meni cuvântul. Totuși glasul lui Gürich nu a răsunat în pustiu. Cel mult s'a adevărit și cu el, odată mai mult, că „nimeni nu e profet în țara lui”. În schimb ideile propagate de Gürich găsesc răsunet în America unde Adler în același an se declară cu totul de acord cu părerea lui.

Indiscutabil că Gürich trebuie considerat ca precursorul genial al doctrinei infecției de focar. Acela însă, care are meritul capital în susținerea și răspândirea noii doctrine, este Pässler, care începând cu anul 1909, devine un apostol fanatic al infecției de focar. Pässler, care dispune de o experiență clinică foarte bogată, zugrăvește până în cele mai mici amănunte tabloul clinic al infecției de focar, căreia îi dă pentru prima oară și o explicație științifică, ilustrând-o și cu numeroase rezultate terapeutice dintre cele mai uimitoare.

Într-o conferință, intitulată „Asupra relațiilor unor stări morbide septice cu infecțiile cronice bucale”, el susține că *tonsilita cronică și pulpita cronică sunt de incriminat în determinarea celor mai variate afecțiuni ca: septicemia criptogenetică, reumatismul subacut recidivant, leziuni organice ale musculaturii și ale valvulelor cardiace, miopatii acute și cronice, cefalee habituală, apendicită*. Mai târziu în anul 1913 într-o lucrare intitulată „Sunt așa numitele diateze anomalii constituționale?” amplifică și mai mult noțiunea infecției de focar, lărgind în același timp și cadrul afecțiunilor care sunt subordonate acesteia. Astfel pe lângă afecțiunile supurative dentare și amigdalene, mai pot figura ca infecție de focar și *focarele infecțioase cronice ale cavităților sinusale și ale nasului*. Iar în categoria afecțiunilor condiționate de infecția de focar, mai încadrează *choreea, ulcerul gastric recidivant, turburările gastro-intestinale care evoluează cu diaree, alternând cu constipație, neurozele cardiace, tromboflebita migrantă, apendicita recidivantă, colicele renale, eczemele rebele, herpesul, eritemul nodos, urticaria și alte manifestări alergice*, precum și *turburările de nutriție ca emaciarea și adipozitatea*. Mai mult, el consideră toate bolile cu evoluția periodică, în puseuri, ca de exemplu scleroza în plăci, ca fiind — după toată probabilitatea — în funcție de infecția de focar. Această concepție asupra infecției de focar o face verosimilă prin rezultatele strălucite obținute după eliminarea focarelor infecțioase din organism. Este foarte semnificativ că ecoul acestor lucrări în Europa și de data aceasta este aproape nul. În schimb în America, Robertson și Billings publică lucrări foarte valoroase în acest domeniu.

O dată foarte importantă în evoluția doctrinei infecției de focar o reprezintă anul 1910, nu numai din cauză că la acea epocă apar lucrările lui Pässler, ci și pentru faptul că în acest an își rostește William Hunter din Montreal faimoasa lecțiune de deschidere despre „*Sepsă și antisepsă în medicina internă*”. În acest curs inaugural el afirmă în mod hotărât că, focarele infecțioase au un rol covârșitor în determinarea bolilor interne.

În special ține, însă, să accentueze importanța patogenetică a infecțiilor din cavitatea bucală și în particular a celor de ordin dentar, învinuind în mod vehement dentistica conservativă. Critica adusă în contra dentistei americane, devenită celebră prin tehnica sa impecabilă, este necruțătoare și sdorbitoare. După el, dentistica conservativă își merită acest calificativ numai în sensul că ea conservă infecția și nicidecum dinții. După el plombele, podurile, protezele și coroanele formează „mausoleul de aur” al nemămuratelor focare de infecție, în care sunt foarte bine conservați streptococii și stafilococii, care din aceste cuiburi au posibilitatea să-și exercite influența lor nocivă asupra organismului. Din această cauză ar fi mai potrivit să fie denumită nu dentistica conservativă ci *dentistica septică*, responsabilă de foarte multe afecțiuni, ce se produc din cauza focarelor infecțioase atât de bine conservate. În acest sens el folosește termenul de „*oral sepsis*”, care mai târziu s'a dovedit a fi impropriu pentru infecția de focar.

În spiritul concepției lui Hunter, sub influența nocivă a focarelor infecțioase dentare se produc o seamă de turburări și leziuni organice, interesând când întreg organismul, când numai unele organe din economie. Între acestea încadrează o *stare generală proastă, colorarea anormală a feței, turburări digestive, stări febrile inexplicabile, anemii rebele*, care rezistă la tratamentele obișnuite, *reumatismul*, unele *adenopatii, nefropatiile, afecțiuni ale sistemului nervos*, sau uneori *chiar și infecția streptococică însoțită de endocardită*.

Filipica vehementă a lui Hunter a produs o explicabilă stupeoare în cercurile medicale americane și o mare indignare printre stomatologi, care foarte orgolioși de tehnica lor desăvârșită, au ținut să protesteze împotriva acuzațiilor grave formulate de Hunter. În același timp însă, ideile lui Hunter au avut darul să producă o mare fierbere în cercurile științifice americane, dând imbold la cercetări febrile atât clinice, cât și experimentale de mare amploare dintre care merită să fie amintite acelea ale lui *Bilings, Hartzell, Allays Goodbey, Adler* și alții, care au apărut în timpul războiului mondial și în epoca postbelică. Aceste lucrări, spre marea surprindere a lumii medicale, au venit să confirme în întregime părerile emise de Hunter. Dintre aceste lucrări amintim și pe aceea a lui *Fischer*, fiziologul Universității din Cincinnati, care bazat pe cercetările bacteriologice ale lui *Rosenow*, pretinde eliminarea necondiționată a focarelor infecțioase, prin extragerea dinților afectați.

Rezultatul imediat al acestor lucrări a fost că infecția de focar a ajuns deodată pe primul plan al preocupărilor cercurilor medicale americane, determinând un curent foarte puternic în contra dentisticii conservative. Infecția de focar devine cu timpul o adevărată obsesie. Așa își află explicație faptul că aproape toate bolile erau puse pe seama infecției de focar! Se citează de exemplu cazuri de glaucom sau tumori cerebrale, în care intervenția a fost temporizată pentru a se putea face în prealabil eliminarea infecției de focar.

Dentistica conservativă în felul acesta a fost complet părăsită, stomatologii fiind cuprinși de o adevărată „furie extracționistă”. În felul acesta fără de nicio considerare, la cea mai mică bănuială, orice dinte suspect era imediat scos. Aceeași furie intervenționistă pune stăpânire și pe specialiștii de nas, gât și urechi. În țara tuturor recordurilor s'a stabilit și recordul amigdalectomiilor. Recordul îl dețin *Loyton* și *Kaiser*, primul având la activul său (sau eventual la pasiv?) 15.000 amigdalectomii, iar al doilea 20.000.

În dezvoltarea doctrinei infecției de focar merită o mențiune specială lucrările lui *Rosenow*, care împreună cu *Bilings* și *Hartzell*, emite ipoteze despre localizarea electivă a microbilor din focarele infecțioase. Din cercetările lor de natură bacteriologică și experimentală ar reeși, că microbii din focarul infecțios primar au o predilecție și afinitate specială, particulară, pentru a face metastază exclusiv în anumite organe. Cu alte cuvinte, dacă microbii dintr'un focar infecțios au determinat de exemplu reumatism poliarticular, injectați la iepuri, produc — în baza „specializării” lor organotropice — iarăși leziuni articulare. Această teorie deși foarte adevenitoare, nu a putut fi confirmată întru totul de cercetările care s'au făcut ulterior. Un adversar hotărât al acestei concepții este *Schottmüller*, care o combate în mod vehement. În același timp el se ridică în mod categoric în contra noțiunii de *oral sepsis* care nu întrunește criteriile unei septicemii adevărate, căci în septicemia adevărată e vorba de o boală de ordin general, în care dintr'un focar purulent microbii ajung în circulația sangvină în mod permanent sau în puseuri, iar de acolo se localizează în diferite organe din economie. El contestă că focarul periostal dentar ar avea această calitate de focar de supurație.

În mod foarte abil *Bilings* nu mai folosește termenul contestat de „oral sepsis”, ci îl înlocuiește cu acela de „infecție de focar” (focal infection).

Pe lângă cercetările făcute de școala americană, apar și în Germania, îndată după terminarea războiului mondial, noi lucrări în domeniul infecției de focar dintre care merită să fie menționate cele ale lui *Antonius* și *Czeppa*, din anul 1921, cari obțin rezultate foarte favorabile după tratamentul radical al focarelor infecțioase dentare și amigdalene.

Contribuțiuni serioase și valoroase prezintă apoi pentru studiul infecției de focar lucrările lui *Veil, Assmann, Gutzeit, Parade*, precum și cele de ordin anatomo-patologic și experimental ale lui *Rössle* și *Klinge*, care au aruncat o lumină nouă asupra acestei probleme atât de mult controversată.

Din materialul cazuistic și experimental foarte bogat ce s'a adunat în 3 decenii, deși unele chestiuni nu au fost complet lămurite, iar asupra altora se poartă încă o discuție pasionată, totuși în general s'a căzut de acord că, infecția de focar are o importanță practică enormă *nu numai sub raport individual ci și colectiv*. Intocmai ca și alte plăgi sociale și aceasta poate fi prevenită.

Fizio-patologia infecției de focar

Înainte de a trece mai departe la punerea la punct a infecției de focar așa cum ea se desprinde din lucrările amintite mai sus, este neapărat de lipsă ca în prealabil să enumerăm în spiritul concepției moderne criteriile, pe care ea trebuie să le întrunească.

Definiție. *Sub infecție de focar înțelegem azi prezența unui focar microbial inflamator, cronic, latent, bine delimitat, aproape inchistat, care — local — nu se trădează decât prin simptome minimale neînsemnate, sau evoluează complet asimptomatic. În schimb, din când în când — în mod ciclic — produce la distanță în diferite țesuturi și organe turburări funcționale remarcabile, ori chiar leziuni histologice serioase, care se manifestă printr'o simptomatologie foarte sgomotoasă alarmantă, copleșind cu desăvârșire fenomenele locale ale focarului infecțios primar. Aceste manifestațiuni clinice se ameliorează sau dispar complet prin eliminarea focarului infecțios.*

Formarea infecției de focar. Infecția de focar în marea majoritate a cazurilor este localizată în cavitatea bucală. Sedlul ei favorit îl formează *dinții și amigdalele*. Dintre afecțiunile dentare în prima linie trebuie amintit granulomul care merită o discuție mai amplă și pentru motivul că el poate servi ca prototipul clasic al felului cum la naștere infecția de focar.

Sedlul primar al infecției dentare este fără îndoială canalul radicular. Infecția canalului radicular este precedată, la rândul ei, de infectarea și afectarea pulpei. În mod excepțional de rar pulpa poate fi infectată pe cale ematogenă. Infecția în cazul acesta este determinată de o angină, septicemie sau pneumonie. În marea majoritate a cazurilor însă infecția se produce ca o consecință a cariei dentare, această plagă a civilizațiunii care devine tot mai frecventă. Caria dentară e condiționată de alimentația irațională și o mestecare pripită, precum și de descompunerea resturilor alimentare din cavitatea bucală și în special a hidraților de carbon.



Fig. 1. — Carie dentară acută invadată de microbi (după W. Meyer).

Pentru cazul când caria pătrunde până în pulpă, microbii din cavitatea bucală o năpădesc, determinând la nivelul ei o inflamație acută. După împrejurare *pulpita* poate fi *acută parțială* sau *totală*, sau are un caracter *cronic*. Dacă pulpa acută totală nu e tratată, se produce un proces de necrozare. Pulpă necrotică servește de un mediu foarte prielnic pentru microbii de putrefacție, care produc gangrenarea ei. Gangrena se poate



Fig. 2. — Inflamație ușoară la orificiul apical după necrozarea pulpei (după E. Meyer).



Fig. 3. — Inflamație pronunțată cu infiltrație leucocitară la orificiul apical după necrozarea pulpei (după Euler).

produce și după plombele cu silicate. În caz de gangrenă, din cauza necrozei totale, organismul nu poate lua măsurile de apărare necesare în locul infecției, de aceea canalul radicular neavând în jur țesut normal, se poate considera ca un spațiu mort. Același lucru se produce dacă după o prealabilă devitalizare plombarea canalului radicular nu e completă. Cazurile acestea deși survin mai rar, dar sunt cu atât mai primejdioase, cu cât diagnosticul lor este imposibil de făcut.



Fig. 4. — Granulom.

În cazul când dintele nu este tratat, atâta timp cât masa gangrenoasă și gazele produse în interiorul canalului radicular comunică liber cu cavitatea bucală, inflamația nu se propagă mai departe și nici nu are o



Fig. 5. — Granulome dentare.

importanță patogenetică deosebită. Imediat ce această drenare se suprimă prin aplicarea unei plombi, situația se schimbă în mod radical. Aceasta cu atât mai vârtos, cu cât sterilizarea completă a canalului radicular din motive anatomice adeseori este o imposibilitate. Grație dentistei conservatoare deci,

sau mai bine zis a plombei care împiedică drenarea masei gangrenoase și a gazelor, procesul inflamator se propagă din canalul radicular prin orificiul apical în spațiul spongios al maxilarului, determinând la început o infiltrație leucocitară, iar mai târziu chiar distrucția țesutului osos.

Simultan cu acesta, ca o reacțiune de apărare, se pornește un proces de delimitare și încapsulare a

focarului infecțios. Cu alte cuvinte se produce un val de apărare, mecanic, format din țesut granulos, vase sangvine, leucocite polinucleare plasmazellen și celule limfatice.

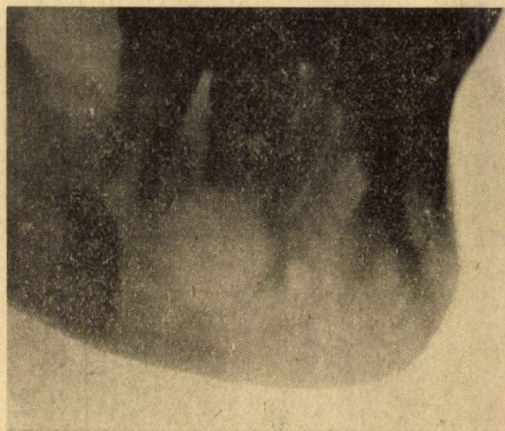


Fig. 6. — Granulom chistic.

Grație acestui val de apărare celular, procesul inflamator este delimitat și închisat aproape impermeabil.

GENEZA FOCARELOR DENTARE

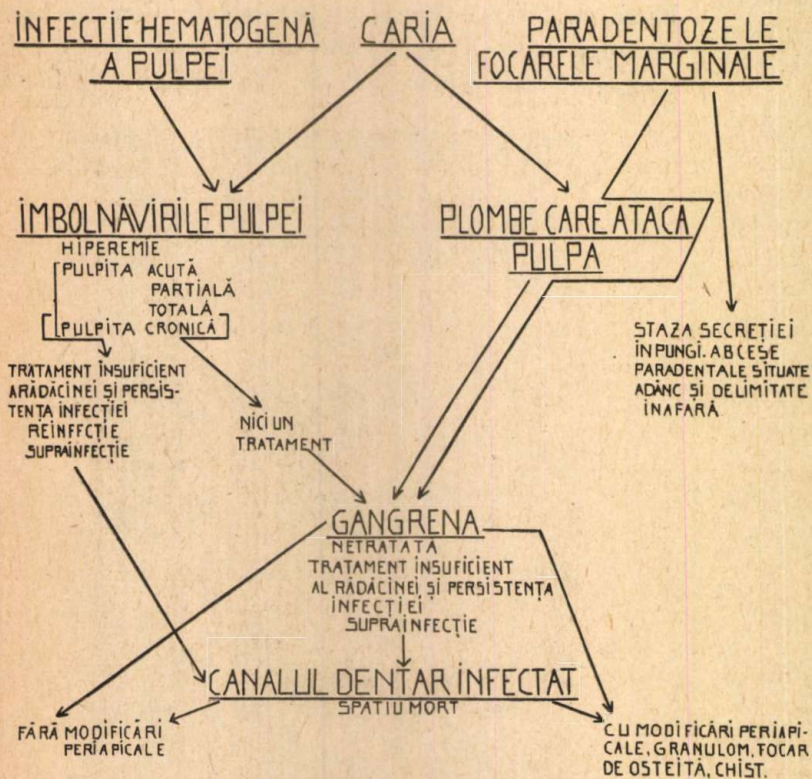


Fig. 7. — Geneza focarelor dentare (după Riedener).

După cercetări mai recente, în afară de bariera celulară se produce și un val de apărare imunochimic, cauzat de procesul de imunizare pe care-l declanșează în țesuturile învecinate prezența microbilor și a substanțelor toxice din focarul infecțios. La acesta contribuie și împrejurarea că virulența microbilor (care de obicei se dovedesc a fi streptococi) este mult temperată și micșorată, căci ei provin din cavitatea bucală, unde aflându-se într-o adevărată simbioză cu organismul, duc o viață de saprofiti, identică cu aceea a bacililor coli din tubul intestinal. Ori se știe, că în urma acestei simbioze își pierd mult din virulența originală.

De fapt formarea focarului infecțios este în funcție de doi factori și anume de agentul patogen, sau mai bine zis de virulența lui, și în al doilea rând de felul cum reacționează organismul infectat. O reacțiune promptă, energică din partea organismului, pe lângă localizarea infecției, temperează și mai mult virulența microbilor, iar pe de altă parte împiedică în oarecare măsură creșterea și sporirea lor.

Focarul infecțios fiind delimitat, aproape închisat între el și țesuturile perifocale normale, există, după Pässler un „spațiu mort” foarte slab irlgat cu sânge. Această închistare reprezintă indiscutabil un avantaj pentru organism. În același timp însă, microbii la rândul lor sunt protejați în „culbul lor” de

acțiunea bactericidă ce o au asupra lor țesuturile vii și sănătoase, oferindu-li-se condiții favorabile pentru a fi conservați, având chiar tendința de a se spori, dat fiind că temperatura corporală e constantă.

În aceste împrejurări este ușor de înțeles, că microbii din focarul infecțios deși nu găsesc condiții vitale optime, sunt în stare totuși să vegeteze și chiar să se sporească. În acest mediu nou, unde sunt izolați, uneori, își modifică forma, precum și proprietățile biologice, sau și afinitățile lor tinctoriale. Cu timpul unii din ei se și distrug. Podusele toxice care rezultă din distrugerea microbilor, substanțele pe care le elaborează, precum și acelea care rezultă din desăgeregarea celu-



Fig. 8. — Secțiune microscopică dintr-o amigdală normală (după Zange).

lor proprii ale organismului, au o importanță patogenetică ca și microbii înșiși.

Ca infecții de focar dentare mai pot figura parodontoză când se formează în gânglii *pungi supurate, închistate*, apoi *chistele supurate, dinții retenționați, dinții care susțin podul sau erupția dificilă a dintelui de minte*, precum și *resturile de rădăcini dentare*. După un mecanism analog la nașterea infecției de focar și în amigdale. Ca infecțiile de focar — însă — nu contează decât *focarele infecțioase închistate* și nicidecum focarele supurate, care au posibilitatea să se scurgă liber. În această ordine de idei la amigdale despre infecția de focar vorbim numai în cazul când *criptele sunt astupate ori pereții lor sunt lipiți sau ele sunt închise prin țesut cicatricial*. Tot așa pot figura ca infecții de focar și *abcesele peritonsilare*.

Ca sediu al infecției de focar mai pot figura: *cavitățile sinusale, maxilare și frontale*. Infecții de focar se mai pot produce în *bronșii* (bronșiectazie), în *plămâni* (abcès pulmonar, empiem interlobar, pneumonie cronică, gangrena pulmonară). Pe de altă parte infecții

de focar mai pot lua naștere în *vezicula biliară, căile urinare, apendice, adnexe, prostată și veziculele seminale*. *Osteomielita* încă poate figura ca infecție de focar. De asemenea, în timp de război, proiectilele sau frag-



Fig. 9. — Tonsilită cronică (după Zange).

mente de os încapsulate. În timpul din urmă *Eppinger* susține că infecții de focar se pot produce și în intestin, în legătură cu constipația spastică, care favorizează producerea unor focare infecțioase încapsulate în submucoasă.

Din această enumerare rezultă în mod vădit, că sediul infecției de focar e foarte variabil. Din punct de vedere practic trebuie însă subliniat că infecția de focar mai adesea o găsim localizată la dinți, amigdale și în cavitățile sinusale. Tot așa de important este să știm

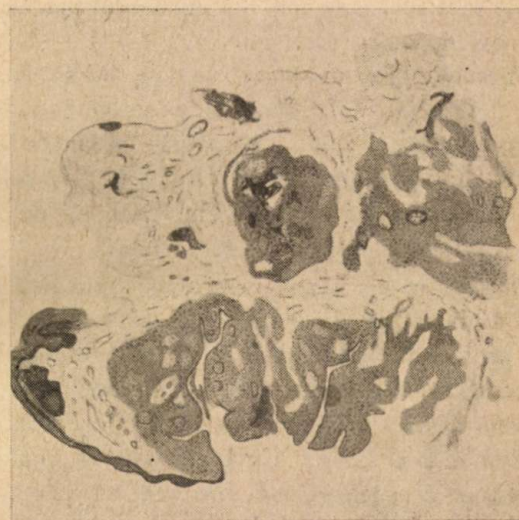


Fig. 10. — Tonsilită cronică (după Zange).

că uneori găsim simultan mai multe infecții de focar, cu localizări diferite.

În rezumat, în interiorul focarului inflamator, cronic, se află microbi, produse toxice elaborate de aceștia, adică exotoxine, precum și substanțe ce rezultă din distrugerea lor, adică endotoxine și în fine substanțe autogene, care au naștere în urma desagregării celu-

FOCARE INFECȚIOASE

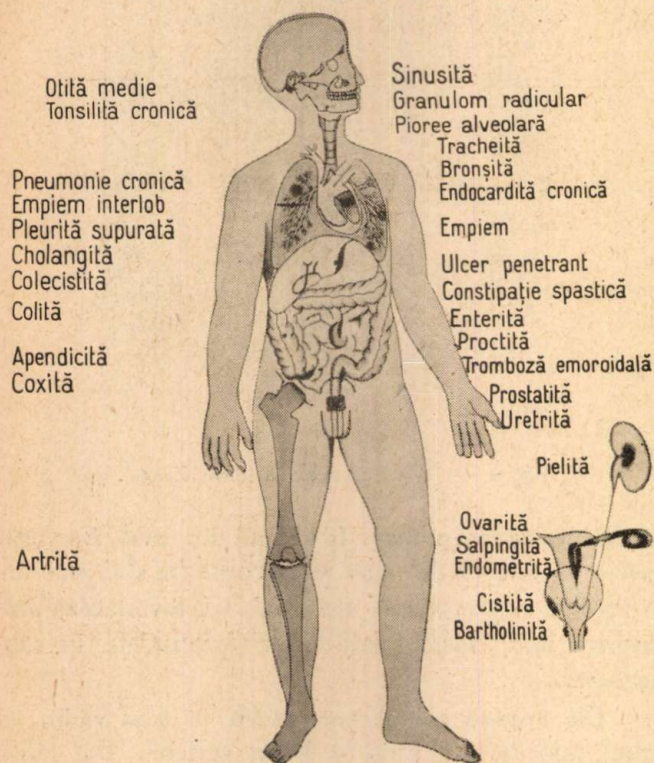


Fig. 11. — Sediul infecțiilor de focar.

lor proprii ale organismului. Acestea din urmă sunt substanțe proteice, care însă din momentul producerii lor devin nocive pentru economie.

Microbii, precum și substanțele ce se produc în interiorul focarului infecțios, au propriietăți inflamator-gene, producând leziuni de natură inflamatorie dacă ajung în circulația generală și de aici în diferitele țesuturi. Diseminarea lor este însă împiedecată de împrejurarea că focarul infecțios este închisat.

După cum am văzut, focarul infecțios este împrejmuit și închisat pe de o parte de un val celular, mecanic, iar pe de altă parte de bariera imunochimică. Până când acestea rămân intacte, microbi și produsele lor nu dau naștere la niciun simptom apreciabil, focarul rămânând mut și latent. Cu toate acestea comunicația dintre focar și organism se pare că nu este complet suprimată ci e foarte probabil ca din conținutul focarului infecțios închisat să ajungă în mod permanent

cantități infime în circulația generală, analog cu ceea ce se petrece după Rössle în chistul hidatic care deși este împrejmuit de două capsule, conținutul lui difuzează totuși în organism, producând o stare de alergie după cum o dovedește aceasta cutreacția lui Cassoni.

Mobilizarea substanțelor de focar. În cantitate mai mare conținutul infecției de focar ajunge în circulația generală numai atunci dacă în bariera celulară mecanică sau cea imuno-chimică se produce o ruptură. În cazul acesta microbi și substanțele de focar invadează organismul, fie pe cale sangvină, fie pe cea limfatică, producând leziuni inflamatorii în cele mai variate țesuturi și organe. Experiența arată că ruptura barierelor se produce din când în când, la diferite intervale, într-o cât și turburările și leziunile la distanță apar în puseuri.

Ruptura se poate produce din mai multe cauze. Astfel la dinții care au focare infecțioase, ea poate fi determinată de traumatismul ce-l reprezintă mestecarea. Tot prin traumatism se poate produce ruperea barierelor mecanice și în cazul când infecția de focar își are sediul în amigdale și anume la deglutiții mai dificile.

Ruperea barierelor mecanice poate fi favorizată și de turburările circulatorii produse în țesuturile perifocale. Acestea pot fi determinate de agenți termici ca de exemplu răceala care ar avea o influență mai ales asupra infecțiilor de focar amigdalare, determinând exacerbarea inflamației, aceasta la rândul său, contribuie la relaxarea barierelor mecanice, care devine permeabilă.

În infecțiile de focare dentare bariera mecanică poate fi ruptă după Fischer și Schick și de prestunea gazelor care se formează sub influența microbilor anaerobi aflați în focarul infecțios, ca *b. emfizematos* al dinților, *b. putrific* și micrococii Fischer-Schick.

Mobilizarea substanțelor de focar poate fi înlesnită și prin slăbirea sau ruperea barierelor imuno-chimice, aceasta s'ar produce prin suprainfecție (angină recidivantă), prin procese de alergizare, sau prin fenomenul de anachoreză a lui Ascoli. Între cauzele, susceptibile să favorizeze ruperea barierelor imuno-chimice, se citează reinfecția cu același microb, în urma căreia se produce o hiperemie sau un proces inflamator de natură alergică la nivelul barierelor perifocale. Același efect îl pot avea și alți microbi sau substanțe microbiene dacă bariera perifocală e sensibilizată față de ele. În favorul acestei ipoteze pledează și faptul cunoscut, că după injecții cu ser de cal sau cu tuberculină, adeseori se produc fenomene caracteristice pentru angină. De altă parte prin reactivarea procesului inflamator perifocal se produce, pe cale fermentativă, simultan și ruperea valului celular mecanic, care a determinat închiderea. Invazia microbilor și a substanțelor de focar mai poate fi favorizată prin fenomenul de *anachoreză*, descris de Ascoli.

Analeptic**Cardiotonic**

CORDISAN „SAPIC” CORDISAN-EFEDRINA

Picături — Fiole — Pulbere pentru receptură

În toate stările de slăbiciune ale inimii și ale circulației sanguine.

În Insomnie, Nervozitate, Nevralgii

CEREBROSAN

Sirup

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 lingurițe

Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Valeriană
Barbiturice
Analgezină
Calciumbromat

Vitamina B₁

WIBE DR. WANDER

Vitamină B₁ cristalizată pură

Vibe forte fiole à 25 mgr.

Vibe fiole à 2 mgr.

Vibe tablete à 1 mgr.

Mostre și literatură trimite la cerere:

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice

București II, Bul. Bucureștii-Noi, 90

*Un nou tratament a
hipertensiunii cu*
Dorital
(asociație cu fel-tauri)

In

Hipertensiune
esențială, arteriosclerotică
și climacterică.

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageuri. După remarcarea unei
scoborâri evidente, de 3-2 ori pe zi 1 drageu.

Compoziție:

Bilă de bœu depurată	0,15
Oxisulfonal	0,015
Metilbromat de atropină	0,0002
Monoformat de calciu	0,11

Flacoane cu 30, 60 și 300 drageuri.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G.M.B.H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:
RUDOLF FOREN, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

După Ascoli, în caz când o infecție produce bacteriemie, microbii din sânge sunt atrași ca de un magnet de țesutul granulativ al focarelor infecțioase care eventual se află în organism. În felul acesta orice infecție (gripă, pneumonie, etc.), e susceptibilă să activeze un focar infecțios latent și implicit să favorizeze mobilizarea substanțelor de focar.

În rezumat, orice factor, care intervine și modifică relația de simbioză armonică ce s'a stabilit anticipativ între macroorganism și microbii din infecția de focar, e susceptibil să ducă la ruperea barierelor perifocale și prin aceasta la mobilizarea microbilor și a substanțelor microbiene ori autogene din focar.

Din cele de mai sus rezultă că mobilizarea substanțelor de focar este subordonată de obicei mai multor factori. Între aceștia un rol capital îl revine capacitatea de reacțiune a organismului, precum și stările în care se află umorile lui, care oscilează pe o scară largă, începând dela o imunitate perfectă și terminând cu o stare de anergie. Al doilea factor important îl constituie felul, numărul și virulența microbilor și în fine modul cum se comportă valul de apărare celular și cel imuno-chimic.

După cum am amintit, formarea infecției de focar este rezultatul unei stări imuno-biologice, ce s'a stabilit între macro și microorganism. Totuși, este evident, că inițialiva în acest proces îl revine agentul microbial. De fapt, în focarele astfel formate, ori unde ar fi ele localizate, totdeauna s'au găsit microbi. Felul acestor microbi este însă foarte variabil. Astfel s'au găsit coci piogeni: stafilococi, enterococi, pneumococi, gonococi.

În infecțiile de focar ale aparatului urlar, precum și în cele veziculare și apendiculare, bacilul coli. În tonsilită cronice și granulome și microbi anaerobi (fusiformi și spirili), apoi bacili tuberculoși. De fapt cel mai mulți anatomo-patologi consideră afectul primar tbc. (poarta de intrare, afectul primar și adenopatia T.B.C.) ca prototipul infecției de focar. În infecțiile de focar dentare sau amigdalene mai deseori se găsesc streptococi emolitici, streptococul viridans și mai rar se pot cultiva și pneumococi. Este foarte probabil că în urma influenței ce o exercită organismul asupra microbilor, aceștia cu timpul pot suferi o metamorfozare în interiorul focarului infecțios. Astfel de mutații bacteriene s'au putut obține și pe cale experimentală. În felul acesta streptococii se pot transforma în pneumococi sau streptococul emolitic în viridans, iar acesta din urmă iarăși în emolitic. Astfel Rosenow a reușit să transforme 21 surse de streptococi emolitici în streptococi viridans și 10 surse de viridans izolate din gâtul bolnavilor, suferind de endocardită lentă, i-a putut transforma în streptococi emolitici. Lampe cultiva din sângele unui bolnav, suferind de reumatism acut cu leziuni

endo- și miocardice, odată un streptococ emolitic, iar mai târziu viridans.

De asemenea, paralel cu modificările biologice și morfologice pe care le suferă microbii, în decursul timpului, suferă o modificare și virulența lor. Cu alte cuvinte, uneori ei pot câștiga o virulență cu mult sporită față de aceea pe care au avut-o inițial în calitatea lor de saprofiti al cavității bucale. Tot așa este însă dată și posibilitatea ca virulența lor să fie atenuată.

Teoria bacteriană. Prezența constantă a microbilor în infecția de focar a făcut foarte seducătoare teza, care susține că ei trebuie să aibă un rol patogen foarte important nu numai de ordin local, ci ei sunt responsabili și de turburările funcționale și leziunile tisulare deslănțuite la mare distanță de sediul infecției de focar. De fapt reacțiunile dela distanță se pot produce în orice organ accesibil microbilor pe cale sanguină și care e în stare să reacționeze la microbii din focarul infecțios.

În spiritul ipotezel bacteriene, microbii din când în când ar ajunge în circulația generală, iar de aici în diferite organe și țesuturi. Cu alte cuvinte, în infecția de focar ar fi vorba de o bacteriemie și o septicemie în miniatură, ceea ce ar îndreptăți denumirea veche de „oral sepsis“. După Rössle, între septicemie și infecția de focar ar fi numai o deosebire graduală. În infecția de focar ar fi vorba de o septicemie mult atenuată din cauză că microbii pe de o parte au virulența mult redusă, iar pe de altă parte organismul — dat fiind că a ajuns în repetate rânduri în contact cu microbii respectivi — a câștigat o oarecare imunitate.

Teoria aceasta a fost însă combătută, căci pentru a se putea vorbi de septicemie în spiritul definiției clasice a lui Schottmüller, nu e suficient să se producă din când în când bacteriemie, ci microbii trebuie să roiască în sânge în mod permanent și să se și sporească, iar de aici ajungând în diferitele organe să producă focare septice secundare. Septicemia adevărată are o altă fizionomie clinică și este în regulă generală și mortală. Ori toate aceste criterii lipsesc în infecția de focar. Pe de altă parte experiența a arătat că din afecțiunile dentare și amigdalene, unde își are mai deseori sediul infecția de focar, septicemia la naștere numai excepțional de rar. După unele statistici, septicemia de origine bucală nu ar reprezenta mai mult de 1% din totalul cazurilor de septicemii. În infecția de focar, de altfel, bacteriemia nu a putut fi dovedită, căci nu s'a putut cultiva niciodată din sânge agenți microbieni ca în septicemie. Această constatare de fapt nu pledează încă în contra bacterienelor, deoarece se știe că, cultivarea din sânge a microbului patogen nu reușește decât în cazul, când acesta se află într'un număr mare în sângele circulant. Când el nu atinge cifra de

100.000 nu e cultivabil, hemocultura rămânând negativă. Tot în sprijinul ipotezel bacteriene se invoacă și cercetările experimentale făcute de *Albertini* și *Grumbach*. Acești autori în baza acestor experimentări afirmă că bacteriemia, deși e prezentă, nu poate fi pusă în evidență deoarece microbii ajungând în organele cu țesut mezenchimatous, ca de exemplu în aparatul articular, sunt repede captați și distruși prin procesul de fagocitoză și bacterioliză. Din cauza aceasta nu-l putem găsi nici chiar în exudatul articular, care s'a produs în urma metastazării lor, din focarul infecțios.

În contra teoriei microbiene, septice, mai pledează după cum am mai amintit în fine și tabloul clinic pe care-l produce infecția de focar, deosebindu-se în mod esențial de cel al septicemiei. De fapt, *reacțiunile și manifestările clinice în infecția de focar au un aspect cu totul particular, care nu corespund cu proprietățile biologice ale microbilor ce se cultivă din focarele infecțioase*, căci după cum am văzut, în majoritatea cazurilor, în acestea se găsesc streptococi sau alți microbi plogeni, care în mod obișnuit determină septicemii, ori duc la supurațiuni, producând flegmoane, sau abcese, etc. Ori în infecția de focar acești microbi nu produc la distanță niciodată leziuni supurative. După cum rezultă din aceste considerațiuni, teoria bacteriană are multe lacune și nu poate fi susținută decât prin alte ipoteze. *Kisling*, unul din cei mai buni cunoscători ai infecției de focar, neagă categoric că leziunile produse la distanță s'ar datorî unei acțiuni directe a microbilor din focarul infecțios.

Teoria toxică. (Focal-toxicoză). Din aceste cauze s'a formulat o altă ipoteză și anume că manifestările la distanță se produc nu din cauza bacteriemiilor și metastazel bacteriene, ci ele sunt datorite *substanțelor ce se formează în interiorul focarului, ca exotoxinele elaborate de microbii vii, endotoxinele rezultate din lizarea microbilor, precum și substanțele autogene care provin din desagregarea celulelor proprii ale organismului ce se află în luptă cu microbii din focarul infecțios*. Când bariera perifocală devine permeabilă, aceste substanțe ajungând, pe cale sangvină și limfatică în circulația generală și de acolo în diferitele organe, ele determină turburări funcționale și leziuni tisulare caracteristice pentru infecția de focar. De fapt cercetările experimentale în această direcție au dovedit că aceste leziuni pot fi determinate chiar și numai prin substanțe de focar, fără concursul microbilor vii. Astfel s'au putut produce reacțiuni febrile și articulare tipice, identice cu cele constatate în reumatismul acut, prin injecții cu vaccin antitific sau antidișenteric, deci cu material sigur steril. *Slauck* susține că în manifestările poliarticulare acute cu febră, precum și în endocardite, ar fi vorba de diseminări microbiene. Din contră, cele de natură cronică, cu o evoluție torpidă, sunt datorite unei

toxicoze provenite din focarul infecțios. De aceea, în aceste cazuri el vorbește de *focal-toxicoză*. Toxinele produse de streptococi din infecțiile de focar cefalice, pătrunzând în tecile limfatice perineurale ale nervilor cranieni, ajung în cele din urmă în lichidul cefalo-rachidian, iar de aici se stabilesc în celulele ganglionare ale coarnelor anterioare. Prezența lor aici ar determina fibrilația musculară care se observă la marginea internă a piciorului, constituind simptomul cel mai sigur și fidel al toxicozei de focar. El mai susține că toxinele lezează nu numai neuronii motori, ci chiar și neuronii vegetativi sunt imblăți de ele, producând turburări remarcabile în funcțiunea capilarelor și în mod special *ischemie*. Din cauza aceasta reumatismii sunt foarte sensibili la frig, precum și la umezeală și curenți de aer. Cercetările ulterioare de natură experimentală și clinică, întreprinse de *Gatzmeier*, *Freiberg* și *Grund*, au arătat însă că teoria toxicozel focale în spiritul concepției lui *Slauck* nu are nicio bază reală.

Teoria alergică. Teoriile specificate mai sus, care încearcă să explice manifestările inflamatorii produse de infecția de focar, după cum am văzut, au lipsă, pentru a fi admise, de multe alte ipoteze adjuvante. Dar chiar așa au numeroase lipsuri și nu pot rezista unei critici obiective. Din această cauză atât patologi, cât și clinicieni au fost mereu în căutarea altor ipoteze, menite să dea o explicație mai echilibrată acestor probleme. În timpul din urmă, grație cercetărilor ce s'au făcut în domeniul bolilor alergice de către *Rössle*, *Klinge* și elevii lor, s'a formulat o altă teorie, care pune într-o lumină cu totul nouă mecanismul, care prezidează în infecția de focar la deslănțuirea turburărilor de ordin funcțional și la producerea leziunilor tisulare atât de multiple și impresionante. În spiritul acestor teze, substanțele de focar ar juca rolul unor *antigene* sau *alergene*. În cazul dat e vorba evident de *endoalergene*. Aceste endoalergene ajungând fie în mod continuu, fie în puseuri pe cale sangvină sau limfatică în circulația generală, sunt îndreptate spre sistemul mezenchimatic, fiind captați și prelucrați de endoteliul capilarelor sangvine. Această primă invazie a substanțelor de focar și prelucrarea lor nu se trădează prin niciun simptom apreciabil. Cu toate acestea ele au darul să determine modificări profunde și foarte importante, atât în umorile, cât și în țesuturile organismului. Pe de o parte ele provoacă o *stare de imunizare*, iar pe de altă parte, *modifică în mod esențial capacitatea de reacțiune a organismului*. Cu alte cuvinte, în infecția de focar asistăm la producerea unei stări alergice, asemănătoare cu cea ce se petrece de ex. în *infecția tuberculoasă*. În virtutea acestei stări modificate, organismul devine hipersensibil la endoalergenele din focarul infecțios. Din cauza aceasta, dacă mai târziu, în timpul unei recrudescențe a infecției de focar endoalergenele din inte-

rilor lui invadează din nou organismul, el nu reacționează ca la primul contact, adică ca un organism normal, sau cu alte cuvinte *normergic*, ci se produce o *reacțiune inflamatorie promptă, violentă la nivelul țesuturilor în prealabil sensibilizate*. Cu alte cuvinte: în țesuturi la naștere o *reacție iperergică*. Această reacție tisulară iperergică este considerată ca *echivalentul șocului anafilactic*.

În țesuturi și organe, unde se produce reacțiunea iperergică, se constată tulburări funcționale și fenomene inflamatorii. Substanțele de focar în esență sunt *neutralizate* la nivelul acestor anticorpi formați de organism după primul contact avut cu substanțele de focar. *Berger* a putut demonstra de fapt „*in vitro*” prezența anticorpilor în sânge în afecțiunile secundare, determinate de infecția de focar, ca de ex. *reumatismul acut*.

Veil și *Bauchholz*, mergând cu un pas mai departe, au putut dovedi că în poliartrita reumatică acută, endocardita reumatică, nefrita și alte manifestări reumatice, determinate de infecția de focar, se constată o *scădere însemnată a complementului din sânge*. Acest fenomen e dovada cea mai sigură că în cazurile amintite mai sus s'a produs o reacție *antigen-anticorpi*, care

nu poate decurge fără concursul și întrebuintarea complementului sangvin. Reacția antigen-anticorpi la rândul său dovedește, că în manifestările reumatice, determinate de infecția de focar, e vorba de o *stare alergică cu o reacție iperergică*.

Grumbach dovedește existența stării alergice în infecția de focar prin teste intracutane, obținute prin injectarea de streptococi distruși, izolați din focarul infecțios. De asemenea se pot produce la indivizii care prezintă infecții de focar, cu antigenul obținut din focar, reacții similare cu acelea produse la bacilari prin tuberculină. Semnalăm apoi că manifestările produse de infecția de focar ca: *artrite, nefrite și eritem nodos*, se pot determina și pe cale experimentală prin injectii cu *autovaccin*, obținut din amigdale sau focarele dentare, etc. În această ordine de idei mai amintim, că *Berger* reușește să micșoreze considerabil ipersensibilitatea în infecția de focar prin administrarea în doze crescânde a autovaccinelor dobândite din focar. În fine mai adăugăm că în infecția de focar se pot constata unele simptome clinice care se observă în *bolile alergice clasice*, produse de exoergene ca: *rinita vasomotrică, purpura alergică, edemul lui Quincke, etc.*

Rezistența emoglobinică în câteva boli nervoase și mentale

de

C. I. Urechia și D-na Retezeanu Al.

Studiul rezistenței emoglobinice inaugurat de Körber, Cuceo, etc., a fost aplicat, experimental și chiar în clinică, la om și la animale de o mulțime de autori.

Valoarea variază la normal între 46 și 59 (Cuceo) între 55 și 60 după Bischoff și Werpel, valorile fiind mai mari pentru bărbați: între 55 și 65 pentru bărbați și 48 și 55 pentru femei după Tomassino. Valoarea emoglobinică s'ar mări în timpul menstruației (Kittler); după Avanzo nu ar suferi nicio modificare: ea se mărește în anemiile pernicioase sau aplastice, în emoragii etc. Scade în tuberculoză, acidoză, cașecse tumorală, afecțiuni epatice.

În bolile mentale rezistența emoglobinică n'a fost studiată decât după Tomassino, care a aplicat-o la 105 cazuri, cuprinzând cazuri de epilepsie, demență precoce, frenastenle, encefalită letargică, paralizie generală, demență senilă, sifilis cerebral, isterie, maniac-depresivă. Autorul a găsit modificări variabile și manifeste în encefalita letargică, paralizia generală, epilepsie, demență precoce. El atribuie aceste modificări factorilor

toxici probabili, lucrând mai ales asupra ficatului și poate și asupra altor glande.

Noi am aplicat această metodă (tehnica lui Wissler) la 150 de bolnavi de boli neurologice sau psihiatrice.

Tehnica: într-o eprubetă care conține 4 cc. de apă distilată se adaugă un cc. de sânge; se agită bine sângele și se filtrează pentru a separa fibrina; se obține astfel soluția mamă. Pentru a determina valoarea emoglobinică se pune 0.1 cc. din această soluție în eprubeta emoglobinometrului lui Sahli și o soluție (0,1 cc.) de acid clorhidric n/10. Pentru a reduce complet emoglobina în ematina acidă și a obține astfel maximum de colorație brună, se pune această eprubetă la balne-Marie (60°) timp de 10 minute și apoi se determină titrul de emoglobină adăugându-se apă distilată până la obținerea unei culori verzi. Pentru a determina rezistența globulară se prepară o soluție de emoglobină, formula $X=100:P$. — În care P reprezintă conținutul de emoglobină indicat de gradajul tubului emoglobinometrului. Se obține valoarea lui X care este reprezentată

în cmc, prin cantitatea soluției mame, care trebuie să fie adăugată unei soluții definitive în care emoglobina e în proporție de 10%. Se pune într-o eprubetă 5 cc. din această soluție definitivă și 1 cc. dintr-o soluție de n/4 de citrat de sodiu; se agită timp de 15 secunde și se lasă soluția să se repauzeze timp de câteva minute până ce la o culoare verde-gălbui. Această soluție va servi ca termen de comparație. În altă eprubetă se pune aceleași cantități și după ce soluția va fi agitată timp de 15 secunde, se calculează la un cronometru timpul necesar pentru ca această soluție să la același culoare ca aceea din eprubeta etalon.

Dăm în tabloul care urmează rezultatul cercetărilor noastre în diferite boli:

Diagnosticul	Numărul	Indexul
Manie	14'—	90—130'—
Depresune	4'—	90—140'—
Psich. periodică	4'—	75—130'—
Anxietate	3'—	73—104'—
Ipomanie	3'—	130
Melancolie	4'—	68—100'—
Manopauză	1'—	57
Psihoză de lact.	2'—	94—120'—
Psihoză gripală	5'—	55—90'—
Neurastenle	1'—	68
Delirium tremens.	1'—	95
Paranola	4'—	52—120'—
Demență precoce	8'—	90—143'—
Parafrenle	3'—	90—178'—
Demență senilă	3'—	70—100'—
Nevroză emotivă	8'—	45—138'—
Debilitate mentală	3'—	43—58'—
Basedow	2'—	68—105'—
Epilepsie	4'—	93—130'—
Isterle	4'—	58—62'—
Emiplegie	1'—	40
Emiplegie cardiacă	1'—	100
Boala lui Friedreich	1'—	40
Coree cronică	2'—	35—85'—
Cefalee rinogenă	2'—	49—57'—
Sciatică	5'—	55—120'—
Tetanle	2'—	80—200'—
Tumoră	1'—	200
Paralizla facială	1'—	68
Parotidită (psihoză)	1'—	183
Pollnevrită	4'—	53—93'—
Miopatie	2'—	60—90'—
Ulcer varicos	1'—	73
Parkinsonism	3'—	58—110'—

Diagnosticul	Numărul	Indexul
Alcoolism	4'—	60—130'—
Sifilis cerebral	6'—	60—110'—
Sifilis cerebelos	1'—	68
Paralizle gener. traum.	1'—	51
Ateromazle	1'—	100
Diabet (nevroză)	1'—	210
Paralizle gen.	14'—	60—75'—
Tabo—P. G.	5'—	58—90'—
Tabes	5'—	55—78'—
Scleroza în plăci	4'—	45—143'—
Boala lui Charcot	2'—	180—200'—
Turburări de caracter	1'—	173
Insomnie	1'—	68
Comotile cerebrale	1'—	49

După cum se vede rezultatele noastre concordă în general cu acelea ale lui Tomassino. Noi am găsit în adevăr, într'un mare număr de cazuri de afecțiuni, valori care trec de normală. Ar fi greu de precizat cauza acestor variațiuni, care înafară de anemie, sunt atribuite într'un chip ipotetic produselor toxice probabile sau altor cauze care ar influența în primul rând ficatul. Valorile pe care noi le-am găsit nu ne îngăduiesc de a face un diagnostic diferențial sau de a servi prognozel.

RESUMÉ

La résistance hémoglobinique dans quelques maladies nerveuses

Les auteurs ont étudié la résistance hémoglobinique d'après la technique de Wisler chez 150 malades avec diverses maladies nerveuses. Dans un grand nombre des cas on a trouvé des valeurs au dessus du normal. On ne peut pas utiliser ces résultats dans un but diagnostique ou pronostique.

ZUSAMMENFASSUNG

Haemoglobinresistenz bei einigen Nerven- und Geisteskrankheiten.

Die Autoren haben die Haemoglobinresistenz nach der Methode Wisler bei 150 Fällen verschiedener Erkrankungen des Nervensystems studiert. In einer grossen Zahl der Fälle fanden sich Werte über dem normalen. Die Ursache dieser Variationen kann schwer bestimmt werden: Produkte toxischer oder anderer Natur, die auf die Leber einwirken? Auf alle Fälle können diese Werte nicht zur Stellung einer Differentialdiagnose oder einer Prognose dienen.

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0 05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.



INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
GLUCONAT DE CALCIU...5%
LEVULINAT DE CALCIU...5%
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50%
FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Pansinuzită supurată cronică anterioară bilaterală fistulizată

de

G. Buzoianu, I. G. Russu și G. Popovici

Pansinuzitele supurate cronice bilaterale nu sunt afecțiuni întâlnite în mod comun. Cea mai deasă asociere între supurațiile sinusale este cea etmoido-maxilară, urmează apoi asocierea fronto-etmoido-maxilară obișnuit unilaterală.

Supurația tuturor sinusurilor anterioare de ambele părți este rară. Fistulizarea facială a acestei forme este și mai rară. Problema diagnosticului pansinuzitelor nu este atât de dificilă cât este mai ales importantă orientarea terapeutică. Am avut în cursul anului 1942 în Sibiu, de tratat o pansinuzită supurată cronică fistulizată, care cuprindea toate sinusurile înafară de cavitățile sfenoidale. Fistula era situată în regiunea spâncenei stângi și din ea se scurgea zilnic o cantitate importantă de puroiu fetid. Iată care este observația clinică a bolnavului nostru și tratamentul radical aplicat:

Observațiune clinică. Bolnavul B... Aurel, în vârstă de 57 ani, se prezintă la clinica oto-rino-laringologică din Cluj la Sibiu, pentru scurgere fetidă nasală bilaterală și pentru o fistulă supurată la nivelul bazei pleoapei superioare stângi.

Nu se poate preciza începutul real al bolii. Bolnavul știe precis că în cursul unei gripe grave în cursul anului 1941 s'a ivit fistula în regiunea amintită. Cu toate acestea, încă de multă vreme bolnavul nu se simțea bine. A neglijat timp de aproape opt luni de zile. După spusa bolnavului o cantitate considerabilă de puroiu s'a scurs prin intermediul fistulei.

Examinat în clinică, constatăm că ne aflăm în fața unei pansinusite supurate bilaterale, în care sunt prinse toate sinusurile feței minus cavitățile sfenoidale. Ambele fose nasale sunt blocate cu puroiu fetid. Bolnavul prezintă numeroase carii molare bilaterale. Prin fistulă se scurge neconținut un puroiu consistent fetid.

Radiografia din față a sinusurilor arată voalarea accentuată a tuturor sinusurilor anterioare. Se constată prezența a două sinusuri frontale de dimensiuni mari.

Radiografia din profil arată sinusurile posterioare transparente. Puncția ambelor sinusuri maxilare este pozitivă. Din ambele sinusuri se scurge un puroiu fetid. Nu se constată polipi în fosele nasale.

Tratamentul acestei pansinusite. Tratamentul acestei pansinusite s'a condus de principiul de a trata sinusurile supurate de jos în sus, adică din spre sinusul maxilar spre sinusul frontal.

S'a început întâiu cu puncțiuni și spălături diameatice a sinusurilor maxilare. Acest tratament a avut un rezultat demn de înregistrat. A adus vindecarea definitivă a sinusitei maxilare supurate cronice din dreapta. Sinusita maxilară stângă nu a cedat, ci numai s'a ameliorat în parte. Pentru a ușura însă drenajul frontal s'a executat la 8 Iulie 1942 o etmoidotomie maximă stângă însoțită de lărgirea canalului fronto-nasal stâng. Apoi mai târziu ceva, la 18 August 1942, s'a executat operațiunea tip Denker în stânga, pentru cura radicală a sinusitei maxilare stângi, care nu a cedat sub influența puncțiilor modificatorii. S'a trecut apoi la — Sept. 1942 la trepanarea sinusurilor frontale și închiderea fistulei palpebrale stângi. Operațiunea a verificat că ambele sinusuri

frontale erau pline cu puroiu și fungozități. În timpul acestei intervenții s'a chiuretat și etmoidul drept, lărgindu-se și în această parte canalul fronto-nasal. Tipul operațiunii pe sinusurile frontale a fost acela al unei trepanări efectuate în degete de mână, care să permită abordarea chiuretajului tuturor anfractuozităților sinusale, ținând cont de păstrarea anatomiei frontale. Iar în ce privește drenajul, s'a căutat bilateral să se obțină un cât mai larg drenaj fronto-nasal. S'a stabilit și un drenaj exterior frontal minim de siguranță.

Deoarece vindecarea frontală întârzie să apară și deoarece la nivelul fostului drenaj frontal mustea încă puțin puroiu, s'a găsit necesitatea de a se interveni din nou pe sinusurile frontale la 15 Nov. 1942. Noua intervenție frontală, a consistat în perfectarea unui mai larg drenaj fronto-nasal de ambele părți, secționându-se în același timp septul nasal în partea lui cea mai superioară, imediat sub sinusurile frontale. Acest caracter al intervenției aparține operației Letrop-Sébileau. Cât privește perfectarea drenajului fronto-nasal, s'a mai adăugat încă o mai bună evidare etmoidală, pentru a lărgi la maximum condițiile anatomice operatorii de comunicare între sinusurile frontale și fosele nasale. În acest sens s'a deschis fosele nasale astfel, încât extremitatea anterioară a cornetelor mijlocii să se vadă bine în plagă. De asemeni între orbită și cornet s'a efectuat chiuretajul celulelor etmoidale în profunzime, constituindu-se un vast culoar de comunicare între sinusul frontal și fosa nasală.

O spălare intra-sinuso-frontală făcută la 14 zile dela intervenție, arată că vindecarea sinusurilor frontale este completă. Nu se mai constată nicio secreție purulentă în fosele nasale. Bolnavul a fost considerat vindecat definitiv la trei săptămâni dela trepanarea frontală ultimă.

Cum observăm din expunerea acestui caz clinic, bolnavul s'a prezentat la clinică pentru o fistulă supurată orbito-palpebrală. Leziunea avea la primul aspect un caracter oarecum benign. În realitate era vorba de o pansinuzită supurată anterioară bilaterală. Intreaga față a acestui bolnav era prinsă într'un fel de lac purulent, întins în toate cavitățile osoase perinasale anterioare. Tratamentul instituit a trebuit să fie condus în etape. S'au tratat în primul rând radical sinusurile maxilare, deoarece acestea servesc obișnuit la inocularea celorlalte, din cauza dimensiunilor lor și din cauza contactului anatomic pe care-l au cu celulele etmoidale și cu canalele frontale la nivelul meatului mijlociu.

S'a trecut în etapa doua la evidarea etmoidală, pentru a curăți această porțiune scheletică a foselor nasale de retenție și pentru a înlesni trepanarea radicală ulterioară a sinusurilor frontale. Etmoidul este totdeauna un fel de nod de infecție între cavitățile maxilarului superior și între cavitățile sinusurilor frontale. Trebuia să ne debarasăm de acest centru supurat.

In etapa treia s'a executat cura radicală a sinusurilor frontale infectate cronic. Pentru sinuzitele frontale cronice supurate s'au preconizat numeroase tehnici. Se știe că sinuzitele frontale cronice supurate sunt cu atât mai rebele la vindecări definitive, cu cât au mai multe anfractuozități și cu cât sunt mai dezvoltate. Cura aceasta radicală trebuie să țină cont de: respectarea pe cât posibilă a anatomiei locale și de asigurarea unei largi comunicări între sinusul trepanat și fosa nazală respectivă.

Peretele anterior frontal poate fi în parte menajat, trepanând cavitățile sinuzale mari în deschideri sub formă de degete de mână. Aceste deschideri fac ca peretele interior după intervenție să nu se infunde în profunzime, creând noul diverticul și distrugând estetica frontală locală.

Cât privește comunicarea fronto-nazală, aceasta nu poate fi efectuată larg, decât printr-o operațiune curajoasă. Aceasta înseamnă în cazul sinuzitelor bilaterale ca în observația noastră, efectuarea cel puțin a manoperei Letrop-Sébillé (resecția porțiunii superioare a septului nasal pentru a face o comunicare în x între sinusuri și fosele nasale) și efectuarea unei evlări etmoidale cât mai perfecte. În acest scop este necesar ca incizia tegumentelor piramidei nasale să se întindă până la aripa nazală, resecția oselor proprii să fie largă, cornetul mijlociu să se vadă bine în plagă, etmoidul să fie chelurat pe o porțiune suficientă în profunzime, să apară astfel un fel de canal dreptunghiular adânc între sinusul frontal și fosa nazală respectivă.

Cea mai gravă problemă în tratamentul radical al unei pansinuzite supurate o constituie sinusurile frontale, cu deosebire când acestea sunt mari și anfractuase. Pe când cura radicală a sinusurilor maxilare este relativ simplă, cura radicală a supurațiilor cronice frontale poate fi dificilă. *De aceea punctul de gravitate în tratamentul pansinuzitelor îl constituie intervenția efectuată pe sinusurile frontale.*

Încă de mai multă vreme ne-am convins că orice intervenție aici duce la insucces, dacă nu se curăță bine etmoidul cât mai în fund, până spre nivelul sinusului sfenoidal și dacă nu se execută cea mai largă permeabilizare fronto-nazală. Pentru acest motiv este absolut necesar ca lumina operatorie să fie suficientă în timpul intervenției și că prin urmare incizlunea de descoperire a scheletului nu poate fi limitată. Incizlunea trebuie să fie largă și să meargă în jos până la aripa nazală. Vechile incizii care se opreau în porțiunea internă a ramei orbitare, sunt insuficiente. Numai o incizlune mare ne dă un acces vizual larg și deci posibilitatea executării unei intervenții osoase bine con-

duse, adică suficient de largă. Oricât de banală ar fi această insistență a noastră asupra acestui punct, de aici rezultă succesul ori insuccesul operator.

Toată problema operatorie a pansinuzitelor supurate anterioare se reduce în principiu la cura radicală a sinuzitelor frontale, deoarece tratamentul radical al celorlalte sinusuri este mai simplu. În observațiunea care face obiectul acestei comunicări, de asemenea întreaga dificultate operatorie a fost prezentată de supurația cronică a sinusurilor frontale. Nu e locul să insistăm asupra curei radicale a sinuzitelor frontale supurate. Trepanarea sinusului opus am efectuat-o printr-o incizlune care cădea perpendicular pe prima incizie. Rezultatul estetic a fost bun, deși incizlunea a doua tale orizontal fruntea. Cu toate acestea în caz de sinuzită frontală supurată bilaterală ca în cazul de mai sus pot fi practicate două incizii curbe, câte una de fiecare parte, pentru fiecare sinus în parte. Rezultatele operațiunii noastre au fost perfecte. Bolnavul controlat la mai multe luni după intervenție este îndemn de orice supurație nazală. Cicatricele tegumentare sunt aproape invizibile, fistula definitiv închisă.

RESUMÉ

Pansinusite chronique antérieure, suppurée bilatérale, fistulisée

On décrit un malade de 57 ans avec une pansinusite antérieure chronique, bilatérale et fistulisée. La fistule se trouve à la base de la paupière supérieure gauche et elle communique avec le sinus frontal gauche par la paroi supérieure de l'orbite. On a institué le traitement suivant: intervention chirurgicale type Denker pour le traitement de la sinusite maxillaire gauche, tandis que la sinusite maxillaire droite est guérie par des ponctions évacuatives; évidemment ethmoïdal bilatéral, traitement radical des sinus frontaux.

ZUSAMMENFASSUNG

Pansinusitis chronica supurativa anterior bilateralis fistulans

Ein Kranker mit Pansinusitis chronica supurativa anterior bilateralis fistulans. Die Fistel befindet sich in der Gegend der Basis des linken oberen Augenlides und kommuniziert durch die obere Wand der Orbita mit der linken Stirnhöhle. Durch den chronischen entzündlichen Prozess waren die Sinus maxillaris, ethmoidalis und beide Stirnhöhlen ergriffen. Die Behandlung bestand in folgenden Operationen: Radikaloperation der linken Highmorshöhle nach Denker, die rechte Highmorshöhlenentzündung heilte nach Punktionen aus. Ausgedehnte bilaterale Ethmoidotomie, Radikalbehandlung beider eitrigen Stirnhöhlen.

Contribuțiuni la studiul factorilor ereditari în nevrozele traumatiche de războiu

de

Dr. Liviu Ionașiu, Dr. C. Lungu și E. Mateș
medic primar director medic primar

Dat fiindcă manifestările clinice ale nevrozelor traumatiche de războiu sunt astăzi în deajuns de cunoscute, nu vom mai proceda la o descriere a lor, mărginindu-ne să stabilim — pe cât este posibil — contribuția factorului endogen ereditar în determinarea acestor nevroze, mai binezi în determinarea unei predispoziții nevropatice care ar favoriza apariția lor.

Ținem să precizăm că sub denumirea de nevroze traumatiche de războiu, au fost înglobate — datorită originii lor patogenetice comune — o serie de tulburări nevrotice trecătoare, cu manifestări clinice diferite, apărute în urma unui traumatism însoțit de un șoc emotiv puternic. Mecanismul de declanșare al acestor nevroze constând, după unii autori în tulburările neurovegetative provocate de șocul emotiv, după alții într-un fenomen humoral autotoxic.

Faptul elementar că aceste manifestări nu sunt totdeauna în raport direct cu intensitatea traumatismului și a emoției respective și nici nu apar în condiții identice la toți indivizii, a făcut să se pună problema predispoziției, cu alte cuvinte a specificității neuro-psihice a acestor indivizi. După majoritatea autorilor care s-au ocupat de această problemă, tulburările nevrotice nu ar depinde numai de traumatismul și șocul suferit, ci ar fi în mare parte consecința unei sensibilități speciale a sistemului nervos al acestor indivizi. Sensibilitate care se datorește fie unui dezechilibru constituțional ereditar, fie unor factori interni sau externi neereditari.

„Astfel după F. W. Mott, citat de D. Grigorescu și T. Iacob, șocații fără plăgi sunt indivizi cu o predispoziție nevropatică, psihopatică, sau cel puțin cu o dispoziție anxioasă sau nervoasă”. La acela dintre ei care nu prezintă antecedente nevropatice, condițiile nefavorabile ale vieții de războiu, șocurile emotive repetate, surmenajul, etc. putând creta această predispoziție.

Guillaume crede de asemenea că șocul traumatic nu este capabil să declanșeze reacțiuni patologice decât la indivizii cu un sistem nervos predispus, în special la acela cu o instabilitate vago-simpatică, instabilitate, care ar aduce printre altele modificări profunde în funcțiunea glandelor endocrine, în special a renalelor și suprarenalelor.

Alți autori (D. Grigorescu-T. Iacob și I. Olteanu) pornind de la teoria pituitică a lui Babinski consideră constituția isterică (temperamentul isteric) ca stând la baza acestor tulburări, constituție care deține o latură

fiziologică caracterizată prin dezechilibru neurovegetativ și endocrin și una psihică având ca trăsături principale: hiperemotivitatea, sugestibilitatea și infantilismul psihic. Tulburările produse de șocul emotiv la asemenea indivizi, tinzând să ia (sub influența autosugestiei și a tendințelor utilitare) un caracter mai amplu și mai îndelungat, spre deosebire de indivizii normali la care tulburările dispar la foarte puțin timp după șoc.

Ținem să amintim în aceeași ordine de idei, că în cadrul cercetărilor noastre o predominanță netă a constituției isteroid-evaluată cu ajutorul chestionarului de instabilitate emotivă al Institutului de Psihologie din Cluj-Sibiu — a fost găsită numai la 38,8% a cazurilor, la restul bolnavilor cercetați predominând fie constituția hiperemotivă, fie cea neurastenoidă. Cu alte cuvinte s'ar părea că este vorba de o predispoziție nevropatică mai generală, în care cele trei constituții (isteroidă, hiperemotivă și neurastenoidă) par să dețină — ca teren de grefaj rolul principal. În cazul nostru existând chiar o ușoară variabilitate a tabloului clinic, după cum tulburările nevrotice se grefau pe o constituție psihopatică sau alta.

În ceea ce privește aspectul cognitiv la o examinare făcută după dispariția simptomelor clinice morbide, am putut constata la bolnavii cu nevroze traumatiche o inteligență ceva mai scăzută decât la grupa de control.

În linii generale putem spune deci că terenul, predispoziția, fie că este concepută ca o predispoziție nevropatică generală, fie ca temperament isteric, deține în etiopatogenia acestor nevroze un rol destul de important. Tulburările morbide apărând după părerea unanimă a autorilor — numai pe un teren predispus și sub influența declanșatoare a anumitor factori ocazionali (șocul emotiv în special). Lucrarea de față urmărind — după, cum spuneam — în deosebi contribuția factorului endogen ereditar în determinarea acestor predispoziții. Aceasta cu atât mai mult cu cât cercetările diverșilor autori au dus în cazul nevrozelor emotive obișnuite la constatarea unei eredități psihice și nevrotice destul de importante. Astfel Bowen este de părere că ereditatea cea mai vizibilă poate fi întâlnită în deosebi în cazul nevrozelor emotive. În antecedentele ereditare ale acestor bolnavi, întâlnindu-se pe lângă o ereditate similară, numeroase cazuri de sinucidere, alienație mintală, psihopatii, etc.

În cazul nostru au fost cercetate antecedentele ereditare a 37 soldați, prezentând diverse forme de nevroze traumatice și a 100 de soldați cu paralizii organice periferice, lipsiți de tulburări neuro-psihice, care alcătuiau grupa de control. Atât bolnavii cu nevroze traumatice, cât și cei cu paralizii organice periferice făceau parte dintr'un grup de 336 de soldați proveniți din zona de operație, internați la secția răniților infirmată pe lângă spitalul de Boli Mintale și Nervoase din Sibiu. Internarea acestor răniți făcându-se fie în vederea tratamentului fizio- și psihoterapeutic, fie pentru precizarea diagnosticului în vederea prezentării în fața comitelor de clasare.

Durata tulburărilor nevrotice — care a corelat într-o oarecare măsură și cu tara ereditară — a fost în general variabilă, putând dura dela câteva săptămâni la 1—2 luni. Modul cel mai frecvent de declanșare al nevrozelor alcătuindu-l exploziile și îngropările de obuze. În cazurile însoțite de traumatisme și lezuni, gravitatea acestora ne putând explica prin ele însăși apariția simptomelor neuro-psihice morbide. În ceea ce privește forma lor aceste tulburări au putut fi divizate, după cum predomina un grup sau altul de simptome, în forme neurastenolde, anxioase, forme depresive, forme isterice (surdo-mutități) și forme confuzive ușoare.

Luarea antecedentelor ereditare s'a efectuat printr-o anchetă efectuată cu ajutorul unui chestionar trimis autorităților din comunele respective, chestionar care urmărea pe lângă antecedentele ereditare ale bolnavilor și factorii exogeni (traumatisme, infecțiuni, intoxicații), care ar fi putut provoca prin ei însuși un dezechilibru nervos și psihic al celor în cauză. Antecedentele ereditare ale bolnavilor au fost urmărite atât în linie directă, părinți-bunici, cât și la colaterali, luându-se în considerare atât boala mintală, cât și psihopatiile, acestea din urmă fiind considerate de unii autori germani (Schulz, Bleuler, Hoffmann, etc.) ca având un pronunțat caracter ereditar. În urma datelor obținute am putut constata următoarele:

1. Existența unor tare ereditare neuro-psihice la un procent de 61,5% dintre bolnavii cu nevroze traumatice, spre deosebire de cei care alcătuiau grupa de control (răniți fără tulburări neuro-psihice) la care procentul a fost numai de 8%. Printre ascendenții și colaterali acestora din urmă întâlnindu-se mult mai des bolile organice și infecțioase obișnuite (tuberculoză, boli cardice, etc.). Astfel că atât diferența procentuală mare dintre cele două grupe, cât și caracterul diferit al maladiilor ar pleda în favoarea unei inferiorități neuro-psihice ereditare mai pronunțate a primei grupe. Aceasta cu atât mai mult cu cât un procent de 39,1% dintre bolnavii cu nevroze traumatice țarași ereditare erau cunoscuți în comunele respective, încă dinainte de război, ca prezentând un ușor dezechilibru psihic, ceea ce n'a

fost cazul cu niciunul dintre bolnavii lipsiți de tare ereditare. Pe de altă parte însăși cercetările lui Hoffmann, Lange și Lottig asupra gemenilor psiho-nevrotici, ar confirma acest lucru. Autorii amintiți, găsind o bază ereditară atât a psihopatiilor, cât și a nevrozelor.

2. Existența unui grup cuprinzând 13,5% dintre nevroticii de război, purtători ai unui dezechilibru neuro-psihic dobândit într-o epocă anterioară războiului (în special în copilărie), dezechilibru ce părea datorit exclusiv unor factori exogeni, aceasta atât prin lipsa oricăror elemente de natură ereditară, cât și prin faptul că anumite tulburări ale caracterului au putut fi observate la acești indivizi imediat după boala sau accidentul suferit.

3. Existența unui procent de 25% dintre cazuri libere de orice tară ereditară sau dobândită, la care conform tezei lui Guillaud și Barre elementul predispozant nu putea fi atribuit cel mult, decât unul contact mai îndelungat cu împrejurările nefavorabile ale vieții de război.

Dintre bolnavii cu nevroze traumatice țarași ereditare, 21% au prezentat în antecedente o boală mintală propriuzisă, 32,9% psihopatii sau alte tulburări nervoase mai ușoare, iar 7,6% alcoolism. Astfel că aportul cel mai însemnat a fost dat în cazul nevrozelor traumatice, de grupul psihopatiilor și anormalilor (40,5% față de 21%) mai ales dacă conform tezei lui Kraepelin, Bruggere, Rybacow, Stockers, etc. socotim că alcoolismul se grefează în general tot pe constituții psihopatice. În cazul nostru predominând în deosebi, instabilități emotivă, nervoși, impulsivi și hiperemotivi. Fapt care se explică probabil fie prin existența unui factor ereditar comun ambelor maladii (Hoffmann găsind, că atât psihopatiile, cât și nevrozele au o bază ereditară), fie că, așa după cum susține Deshaies, ereditatea nu se transmite atât sub forma specifică a diferitelor psihoze și nevroze, cât sub forma unei predispoziții morbide generale, psihiza sau nevroza fiind rezultatul interacțiunii dintre terenul constituțional deficitar și factorii exogeni. O verificare a acestor teze părănd a se obține și pe cale experimentală, în sensul că ultimile cercetări asupra paraliților generali au dus la constatarea unei eredități mintale și psihopatice destul de însemnată, demonstrând oarecum că stărușul ar da manifestăți nervoase în deosebi atunci când se grefează pe un teren constituțional deficitar.

În ceea ce privește modul de repartizare al tarelor ereditare printre ascendenți și colaterali, în cazurile cercetate de noi a fost vorba în general de o ereditate imediată, paternă și maternă cu o ușoară predominanță a liniei paternale, tată-bunic (34% față de 19,2%, lucru constatat de altfel și în cazul epilepsiei. Astfel părinții au deținut un procent de 34,5 din totalul anormalilor, frații de 15,2, bunicii de 19,2, iar colaterali

de 3,8. Faptul că procentele parțiale obținute de diverșii ascendenți și colaterali depășesc procentul general de 61,5%, se explică prin aceea că în unele cazuri mai mulți membri ai familiei au fost atinși de boala sau anomalii mintale, explicație valabilă și pentru tabloul alăturat, unde se pot urmări rezultatele obținute atât la bolnavii cu nevroze traumatice, cât și la grupa de control.

Nevroze traumatice de războiu 37 caz. Grupa de control 100 caz.

Boală mintală . . . 21 %	Boală mintală . . . 4 %
Psihopatii 32,9%	Psihopatii 4 %
Alcoolism 7,6%	Alcoolism 0 %
Cazuri netarate . . 25 %	Cazuri netarate . . 92 %
Desechilibrul psihic dobândit în cursul vieții individuale 13,5%	Desechilibrul psihic dobândit în cursul vieții individuale 0 %

Modul de repartizare al tarel ereditare printre ascendenți și colaterali: Tată 23%, Mamă 11,5%, Bunică 11,5%, Bunică 7,7%, Frați 15,3%, Colaterali 3%.

Trecând acum la raportul dintre tara ereditară și durata bolii, în urma rezultatelor obținute am putut constata o oarecare corelație, în sensul că la bolnavii cu ereditate încărcată fenomenele morbide au avut în general o durată mai lungă, media de durată a bolii fiind de 1 lună și jumătate pentru cei netarați și de 3 luni pentru cei tarați. Astfel că durata fenomenelor morbide nu a deplins numai de intensitatea traumelor suferite, ci și de constituția psiho-fizică a bolnavilor respectivi. Cu cât terenul era mai tarat ereditar, cu atât și manifestările patologice au avut mai multe șanse de a se prelungi un timp mai îndelungat.

O oarecare corelație a putut fi stabilită de asemenea între forma maladiei și tara ereditară. Cazurile cele mai tarate ereditar fiind acelea care prezentau forme neurastenoidale și depresive, iar cele mai puțin tarate au fost cazurile cu stări confuzionale. Procentul de cazuri tarate fiind de 71,4% pentru formele neurastenoidale și depresive și de 25% pentru stările confuzionale. La rezultate asemănătoare ajunge de altfel și C. Daniel, care studiind antecedentele ereditare ale alcoolizilor, găsește că 26% dintre alcoolicii cu stări depresive prezentau o ereditate tarată, în timp ce procentul era numai de 10,8% pentru bolnavii cu stări confuzive. Explicația acestui fenomen constând probabil în aceea că în cazul stărilor confuzionale, care au dat cel mai redus procent de cazuri tarate, intervenția factorilor de origine toxică este mult mai mare, confuzia mintală fiind după unii autori, cea mai simplă formă de reacțiune a organismului la agresiunea factorilor toxici.

În concluzie putem spune următoarele:

1. Dintre cele 37 cazuri de nevroze traumatice cercetate, un procent de 61,5 au prezentat o ereditate

tarată, spre deosebire de grupul de control, format din răniți fără tulburări psihice, la care procentul a fost numai de 8%. În favoarea unei inferiorități neuro-psihice ereditare mai pronunțate a primei grupe, pledând atât diferența procentuală mare dintre cele două categorii, cât și natura diferită a maladiilor, afecțiunilor mintale și psihopatiilor de o parte, boli infecțioase și organice obișnuite de altă. Aceasta cu atât mai mult, cu cât un procent de 39,1 dintre cei țarați erau cunoscuți în comunele respective anterior perioadelor belice ca prezentând un ușor dezechilibru neuro-psihic.

2. Existența unui dezechilibru neuro-psihic dobândit, la un procent de 13,5 dintre nevroticii de războiu. Caracterul exogen al dezechilibrului fiind evidențiat atât prin lipsa oricărei tări ereditare, cât și prin faptul că anumite tulburări ale caracterului au putut fi observate la acești indivizi imediat după boala sau traumatismul suferit.

3. Existența unui procent de 25 dintre cazuri, libere de orice tară ereditară sau dobândită, la care conform tezei lui Guillaud și Barré elementul predispozant nu putea fi atribuit decât unui contact mai îndelungat cu împrejurările nefavorabile ale vieții de războiu.

4. O ușoară predominanță a psihopatiilor față de bolnavii mintali (40,5 față de 21) întâlniți printre ascendenții și colaterali traumatizaților de războiu, ceea ce ar presupune, fie un factor ereditar comun ambelor maladii, fie că așa după cum presupune Deshaies, ereditatea nu se transmite atât sub forma specifică a diferitelor psihoze sau nevroze, cât sub forma unei predispoziții morbide generale.

5. Existența unei ușoare corelații între tara ereditară și durata bolii, cazurile tarate ereditar având tendința la o durată mai lungă a fenomenelor morbide.

6. Existența unei ușoare corelații între forma bolii și tara ereditară, cazurile cele mai tarate ereditar fiind acelea care prezentau forme neurastenoidale și depresive, iar cele mai puțin tarate stările confuzionale.

SPITALUL DE BOLI MINTALE SIBIU

Director: Dr. L. Ionașiu

Bibliografie

- Dr. Bistriceanu I.: Nevroza emotivă de războiu. Mișc. Med. Rom. Martie—Aprilie 1943.
- P. A. Chantagnon: Le choc traumatique de guerre. Ann. Méd. Psychol. Iunie—Iulie 1940.
- Dr. Daniel Constantin: Contribuțiuni la studiul medico-social al alcoolismului la noi în țară. Bul. Soc. de Psihiatrie din București, An. VIII, Tom. V, 1943.
- D. Grigorescu-T. Iacob: Neuropatologie de războiu. Sibiu, Krafft și Drotleff.
- Hoffmann H.: Die erbbiologischen Ergebnisse in der Neurosenlehre in Erblehre und Rassenhygiene. München Lehmanns 1934.

Dr. Olteanu I.: Isteria și simulările în timp de războiu. Rom. Med. 1 II. 1943.

Dr. Oancea-Ursu Gh.: Ereditatea emotivității la gemeni. Rev. de Psih. Octombrie—Decembrie 1941.

Dr. Popoviciu Al.: Socul la răniții de războiu. Rom. Med. 15 IX 1943.

Dr. Stertz G.: Die neurasthenische Reactionen in O. Bumke Band V Berlin. Ed. I Springer.

RESUMÉ

Contributions a l'étude des facteurs héréditaires dans les névroses traumatiques de guerre

Parce que la majorité des auteurs soulignent l'importance du terrain de la prédisposition dans l'étiopathogénie des névroses traumatiques de guerre, nous avons essayé d'établir quel est le rôle du facteur héréditaire dans la détermination de cette prédisposition.

Dans ce but, ont été suivies les antécédentes héréditaires et personnelles de 37 soldats atteints de névrose traumatique de guerre et de 100 soldats blessés forment le groupe de contrôle, et qui ne présentaient pas des troubles néuro-psychiques.

D'après les résultats obtenus, nous avons pu constater une infériorité néuro-psychique héréditaire plus prononcée sur la premier groupe, parmi les malades présen-

tant des névroses traumatiques 61.5% étant tarés héréditaires, par distinction des blessés du groupe de contrôle chez lesquels la tare héréditaire a été constatée seulement sur 8% des cas.

ZUSAMMENFASSUNG

Beiträge zu dem Studium der hereditären Faktoren in den traumatischen Kriegsneurosen

Da die meisten Autoren die Bedeutung der Grundlage beider Aetiopathogenien der Kriegsneurosen hervorheben, haben wir uns bemüht den hereditären Faktor festzustellen, der diese Veranlagungen determiniert.

Zu diesen Zweck wurde die hereditäre und personelle Anamnese von 37 an Kriegsneurosen leidenden Soldaten untersucht sowie von 100 verwundeten Soldaten ohne neuropsychische Störungen, welche uns als Kontrollgruppe dienten.

Auf Grund der erzielten Ergebnisse konnte eine bemerkenswertere hereditäre Inferiorität bei der ersten Gruppe festgestellt werden.

Von den Kranken mit traumatischer Neurose waren 61.5% hereditär belastet, zum Unterschied von den Kriegsverletzten bei denen nur 8% hereditäre Belastung festgestellt werden konnte.

Disfagia stiloidiană¹⁾

de

Dr. St. Gârbea, Dr. I. Bârzu și Drd. G. Limpede

Sindroamele dureroase cronice ale faringelui caracterizate printr'un ansamblu de simptome și senzații de cele mai multe ori penibile, sunt destul de des întâlnite în clientela medicului practician.

Cum majoritatea acestor suferinzi, este compusă din sexul feminin și la examenul clasic al faringelui și gâtului negăsind o explicație obiectivă, ne gândim deseori la diferite turburări nervoase.

Bolnavii aceștia cronici cu maximum de durere într'un punct fix de obicei, sunt obsedați de ideea existenței în gâtul lor a unei maladii grave, cancer, tuberculoză, etc.

Astfel ei consultă diferiți medici ani în șir, trăindu-se prin diferite mijloace conservative.

Observațiile următoare ne arată că un examen faringian și cervical mai amănunțit poate pune în evidență uneori anumite cauze obiective care să explice tragedia unora dintre acești bolnavi cronici.

Obs. I. S. L., în vârstă de 32 ani, asistent universitar, i s'a făcut un examen O. R. L. în primăvara anului 1939 pentru a-i depista un eventual focar de infecție fiind suferind de un reumatism cronic poliarticular care-i da puseuri acute în fiecare primăvară. Antecedente heredo-colaterale fără importanță.

Antecedente personale: gripe repetate și amigdalite în copilărie. Neagă bolile infecto-contagioase.

De mai mulți ani însă bolnavul acuză dureri la deglutiție care s'au accentuat în ultima vreme și mai ales dureri iradiante spre urechea dreaptă.

La examenul general bolnavul prezintă o debilitate și o astenie accentuată. Avea și o cefalee intermitentă. Examenul medical, puncția suboccipitală, R. W. din sânge, rămân toate negative.

Examenul O. R. L. la bucofaringoscopie, amigdalele palatine apar neregulate la suprafață fiind brăzdate de cripte adânci. În rest nimic deosebit. La presiune cu vârful stiletului montat cu vată, pe stâlpul anterior al ambelor părți, se simte o amigdală dură, care nu joacă în loja ei ca de obicei și nici nu se poate stoarce puroiu sau cazeum din cripte. Amigdala dreaptă stă fixă în loja ei.

Această situație ne îndeamnă la un tușeu faringeal, prin care se palpează ceva dur la nivelul ambelor loji amigdalene.

Disfagia cronică care s'a accentuat în ultima vreme, însoțită fiind de angine repetate, ne-a făcut să bănuim anumiți calculi

¹⁾ Comunicare făcută în ședința din 24 Februarie 1944, a Soc. Științelor Medicale din Cluj—Sibiu.

intraamigdalieni și am pus indicația operatorie, făcându-i în prealabil și un examen radiografic.

Buletinul radiologic dat de Institutul de Radiologie, arată după radiografiile făcute într-o singură poziție, că la nivelul lojelor amigdalene nu se constată formațiuni calcare.

Pentru a putea prinde pe placa radiografică astfel de anomalii, Arcelin face radiografiile ale temporalelor în diferite poziții ale capului, după procedeele înșirate mai jos.

În mod normal umbra apofizei stiloide acoperă imaginea apofizei transverse a primei vertebre cervicale fără să o depășească, pe când în anomalia acestei apofize, imaginea ei poate să ajungă până la a patra sau a cincea vertebră cervicală, așa cum am întâlnit în cazul al doilea.

Preoperator am determinat bolnavului timpul de sângerare care era 4 minute în lobul urechii și timpul de coagulare 14—15 minute după procedeul paharului cu parafină. Amigdalectomia se face cu multă greutate. Infiltrația peri-amigdaliană pentru anestezie, se face cu dificultate, bolnavul având reflexe exagerate cu toată coccinizarea prealabilă.

După ce printr-o inspecție atentă și palpare nu apare nici o anomalie vasculară, se decolează amigdala dreaptă cu dificultate din cauza aderențelor și după încărcarea amigdalei în ansa de sârmă a lui Vacher, la strângerea ei, ansa nu se închide din cauza unei formațiuni dure la nivelul hilului amigdalian, care nu cedează și sârma se rupe. Cu a doua ansă se întâmplă la fel și numai a treia ansă reușește să rupă după o strângere forțată, formațiunea dură din regiunea hilului amigdalian.

Hemoragia nu este prea puternică și se oprește cu un simplu tampon apăsător câteva minute în loja amigdaliană.

Se face imediat o secțiune în amigdala extirpată. Bisturiul taie cu greutate ceva osos și spre surprindere se dă peste porțiuni de os și cartilaj, care aveau un aspect macroscopic destul de clar.

Extirparea amigdalei stângi se face cu ușurință fără a prinde în ansă o formațiune dură la nivelul hilului. Prin secționarea ei se constată de asemenea formațiuni dure în mijlocul țesutului amigdalian, care erau izolate de hilul amigdalian.

După amigdalectomie, palpând loja amigdaliană dreaptă se simte o formațiune dură care sângerează și care nu se constată și în loja amigdaliană stângă.

După un repaus de 1 săptămână la pat, bolnavul se simte bine și vine la control, constatându-se lojile acoperite de false membrane neregulate, mai ales la dreapta. Deglutiția însă se face cu dificultate. În același timp durerile reumatismale au dispărut.

Pentru confirmarea aspectului macroscopic la secțiunea amigdalelor, se trimit Institutului de anatomie patologică care ne dă următorul rezultat:

I. 7071 b din 2 III 1939.

„Secțiunile făcute din amigdalele trimise arată la suprafață un epiteliu, iar dedesubt un țesut limfoid care în unele părți formează foliculi bine circumscriși, iar în alte părți găsim fragmente de țesut osos și de țesut cartilajinos. Director ss. Prof. Titu Vasiliu”.

Cazul acesta prezintă un interes clinic deosebit.

De mai mulți ani bolnavul acuză o jenă la deglutiție, care se accentuase în mod progresiv și în ultimele luni prezintă o disfagie accentuată. Bolnavul avea senzația unui corp străin în partea dreaptă, cu dureri iradiante spre urechea dreaptă, uneori insuportabile. Consultând mai mulți medici, negăsind nimic obiectiv, s'au declarat cu toții pentru o afecțiune pe bază nervoasă, astfel boala fiind considerată ca o nevropatie, a fost tratată mai mult timp în mod conservativ.

În literatura de specialitate, Lecher a descris cazul cu insule de cartilaj și oase în regiunea amigdaliană.

Anatomistii și anatomo-patologii au descoperit de mult astfel de formațiuni cartilajinoase și osoase în amigdală și vecinătatea ei. Lubarsch a arătat că se pot găsi toate trecerile dela o capsulă osoasă completă până la bande de întinderi variabile și mici insule în interiorul amigdalelor. Ele se găsesc mai des în capsulă de unde pot să radleze în septa sau să se afle ca mici insule în dungile de țesut conjunctiv.

Explicația originii acestor formațiuni este destul de dificilă.

S'au emis o serie de supoziții bazate pe cercetări de aspect macro și microscopic ca și pe date clinice

Embriologic, amigdala apare ca o îngroșare epitelială într-o regiune limfatică a celei de a doua pungă endodermice. Peretele acestuia se infundă și dă naștere fosetelor amigdalene, în luna a III-a. Epitelul acestor fosete proliferarează și formează diverticulul ce se infundă în mezenchim.

Mezenchimul se infiltrează cu celule rotunde (limfoblasti). Acumularea acestora provoacă întinderea țesutului amigdalian între cel doi stâlpi; stâlpul anterior provenind din al doilea arc branchial și cel posterior, din al III-lea arc branchial.

Diverticulul fosetelor amigdalene constituie criptele amigdalene în jurul cărora se organizează țesutul limfoid în foliul limfatic.

Determinările patologice ale arcurilor branchiale se explică prin evoluția deviată a acestor arcuri, sau a crăpăturilor branchiale. Astfel fistulele zise branchiale au sediul de predilecție la nivelul fosetelor supra-amigdalare sau supra-tonsilare, care după His răspunde celei de a doua crăpătură branchiale (Forgue). În pereții acestor fistule s'au notat rudimente cartilajinoase sau osoase derivate din arcurile branchiale.

Formațiunile osoase și cartilajinoase din regiunea amigdalelor sunt considerate după diferiți anatomo-patologiști ca porțiuni rămase din cartilajul fetal sau din cartilajul arcurilor branchiale sau chiar ca vegetații ale cartilajilor fetale normale și formațiuni aberante ale cartilajului lui Meckel, Reichert și a aparatului hloidian.

Alți autori, din cauza prezenței dese de urme inflamatorii, au atribuit existența formațiunilor osoase și cartilajinoase din regiunea amigdalelor, unor procese regresive de metamorfoză a țesutului conjunctiv, mai ales că astfel de formațiuni au fost găsite mai des la adulți decât la copii.

La cazul descris mai sus, formațiunea dură din loja amigdaliană dreaptă părea că depinde de aparatul stilo-hloidian unde bolnavul prezenta și o anomalie a apofizei stiloideene. Cartilajile și formațiunile osoase din amigdala stângă se pot considera ca formațiuni aberante ale cartilajului lui Meckel, Reichert și aparatului hloidian.

Obs. II. Azi când amigdalectomia e indicată atât de frecvent până la cea mai înaintată vârstă, după observațiile anatomistilor ar trebui ca aceste anomalii osoase și cartilagineoase să se întâlnească mai frecvent și în clinică. Ori, dela apariția cazului descris mai sus au trecut aproape 5 ani și în acest interval pe mai multe mii de amigdalectomii executate la toate vârstele până la 80 ani chiar, n'am mai întâlnit nici un caz până în primăvara anului trecut, când s'a prezentat la consultații, femeia A. V. de 47 ani, din Apoldul de jos, jud. Sibiu, care de 3 ani prezenta dureri la deglutiție, în regiunea latero-cervicală dr. și marginea dreaptă a limbii.

Antecedentele heredo-colaterale și personale fără importanță.

După cum își amintește bolnava, înainte cu 3 ani, când ducea o greutate pe cap, la mișcările de lateralitate ale capului a început să simtă niște pocnituri și apoi dureri în regiunea latero-cervicală dreaptă cu iradiieri spre ureche.

Aceste simptome preocupând-o din ce în ce mai mult, cu toate că erau suportabile, s'a prezentat unui medic care i-a spus că are nevralgie și a tratat-o cu raze. Totul a rămas însă fără efect. Boala avea faze de acalmie și de durere.

În ultimele 3—4 luni durerile au devenit continui, cu iradiieri din ce în ce mai accentuate în partea dreaptă a limbii, care deveneau mai insuportabile când își culca capul pe partea dreaptă. În disperarea ei bolnava a consultat o seamă de medici din Sibiu și la București. În toate părțile s'au făcut diferite controale radiologice și clinice, la dantură, sinusuri, examene neurologice, fără să se poată evidenția o cauză care să explice durerile vii dela nivelul limbii.

În complexitatea acuzelor ei, cu dureri la deglutiție, mi-a revenit în minte cazul colegului descris în prima observație și palpând regiunea amigdaliană dreaptă am simțit o proeminență dură care împingea spre linia mediană polul inferior al amigdalei drepte.

Am convins bolnava să se supună intervenției, care a fost executată cu foarte multă ușurință. După extirparea amigdalei drepte se observă în partea inferioară și anterioară a lojei amigdaliene o proeminență ascuțită care împingea aponevroza faringeană din partea inferioară a lojei înafară tinzând să o perforeze.

La o palpare bimanuală aveam senzația unei formațiuni dure de sus în jos și dinapoi înainte.

După extirparea amigdalei stângi loja apare normală, la palpare însă se simte aceeași formațiune elastică cu mult mai redusă de volum ca în dreapta.

Bolnava este urmărită timp de 10 zile până la căderea falselor membrane dela nivelul plăgilor. În tot intervalul postoperator, durerile bolnavei au fost și mai accentuate, prezentând și subfebrilități.

Am prezentat-o apoi Institutului de radiologie și după mai multe încercări am reușit să punem în evidență o alungire anormală a apofizei stiloide la dreapta.

Pentru a nu fi incomodați de o emoragie și pentru ca bolnava să poată fi liniștită, am recurs la operația a doua, de extirpare a apofizei stiloide, abea la 2 săptămâni după amigdalectomie, alegând calea buco-faringeană.

Administrându-i bolnavei în prealabil un pantopon pentru a o liniști, am badijonat loja amigdaliană dreaptă cu cocaină-adrenalină, am injectat apoi câțiva cmc. de solvocaină de-a-lungul lojei amigdaliene.

De teama unei leziuni vasculare sau nervoase, am secționat cu un decolator aponevroza faringeană și am îndepărtat cu delicatețe inserțiile (bucetul lui Riordan) de pe apofiza stiloidă, fiindcă la o apăsare mai accentuată aveam impresia că se rupe la locul de inserție. După ce am decolat-o pe o distanță de 2—3 cm. aceasta apofiză, am încărcat-o într-o pensă Luck, cu inel de priză mic, și împingând țesuturile în sus până la maximum posibil, ne-a apărut o apofiză stiloidă subțire pe o întindere de 3—4 cm. Cu

a doua pensă mușcătoare am reușit să rupem apofiza pe o lungime de 3 cm.

Pentru a nu pierde în țesuturi porțiunea rămasă am menținut-o încărcată în pensa Luck și pe măsură ce împingeam țesuturile spre baza de inserție a apofizei, rupeam cu pensa mușcătoare bucăți mai mici, reușind astfel să mai eliminăm din apofiză o porțiune de 2 cm. Durerile erau suportabile din cauza acțiunii pantoponului.

De teamă că vârful porțiunii de stiloidă rămasă, poate irita unul dintre nervi și să dea turburări postoperatorii și mai mari, am căutat să extirpăm cât mai mult din această apofiză.

Judecând rapoartele nervoase dela nivelul lojei amigdaliene cu o astfel de apofiză stiloidiană alungită, ne putem explica toate simptomele pe care le prezenta bolnava.

Pe lângă tulburările disfagice, senzația de corp străin în faringe, sau alte parastezii faringiene, obișnuite în acest sindrom stiloidian, bolnava prezenta acele dureri vii de cele mai multe ori insuportabile în marginea dreaptă a limbii. Această glosodinie avea caracterele unei dureri asemănătoare cu cele descrise de Escat în parasteziile faringiene și pe care am căutat să ni-o explicăm tot prin rapoartele nervoase ale acestei apofize stiloide mult alungite dela nivelul lojei amigdaliene.

Știm că sensibilitatea limbii în cele 2 treimi anterioare este dată de nervul lingual, ramură a trigemenului, în care intră și coarda timpanului (ramură a facialului) formând un lingual mixt care inervează mucoasa limbii în porțiunile amintite.

Apofiza stiloidă mai alungită cu o direcție de sus în jos, și dinapoi înainte până sub partea anterioară a polului inferior amigdalian, ajungea în contact cu nervul lingual, care are raporturi cu fața exterioară a amigdalei. Prin intermediul peretelui faringian amigdala vine în raport cu țesutul grăos care se găsește întrepus între pterigoidianul intern și peretele faringian. În acest țesut grăos la nivelul unghiului antero-inferior al lojei amigdaliene întâlnim extremitatea posterioară a glandei submaxilare și nervul lingual (Testut Top. V. I. fig. 228), care iritat de prezența apofizei stiloide dădea acele dureri insuportabile în marginea dreaptă a limbii.

Durerile la deglutiție și iradiante spre urechea dreaptă mai ales la primul caz, se pot explica prin iritația glosofaringeanului, care coboară pe fața profundă a mușchului stilo-glos, acesta fiindu-i satelit și se termină la baza limbii, formând plexul lingual, pentru mucoasa bazei limbii la nivelul V-ului lingual.

Durerea auriculară se transmite de-a-lungul nervului lui Jacobson, care pleacă din ganglionul lui Anderssch al glosofaringeanului, intră în canalul timpanic de pe fața postero-inferioară a stâncii și inervează mucoasa casei timpanului și trompel lui Eustache.

Anatomistii și anatomo-patologii au descoperit de mult astfel de anomalii ale apofizei stiloide,



„Intrucât Clauden are un efect prompt asupra emoragiilor atât de diverse din punct de vedere etiologic, el reprezintă într'adevăr un stiptic polivalent și medicul are la îndemână mijlocul să oprească imediat orice emoragie, câștigând timp pentru o terapie cauzală, ce ar fi eventual necesară“.

Jubaș: „ZENTRALBLATT FÜR GYNECOLOGIE“ 1918. No. 31.

EMOSTIPTICUL FIZIOLOGIC „CLAUDEN“

S'A DOVEDIT PRETUTINDENI, DE ZECI DE ANI, CA UN PREPARAT DE O INALTĂ EFICACITATE ȘI SIGURANȚĂ, LA EMORAGII DE ORICE ETIOLOGIE

AVANTAJELE SALE SPECIALE SUNT:

- Posibilitatea de întrebuințare imediată
- Efect rapid
- Nici un pericol de supradozare
- Inocuitate la orice formă de întrebuințare

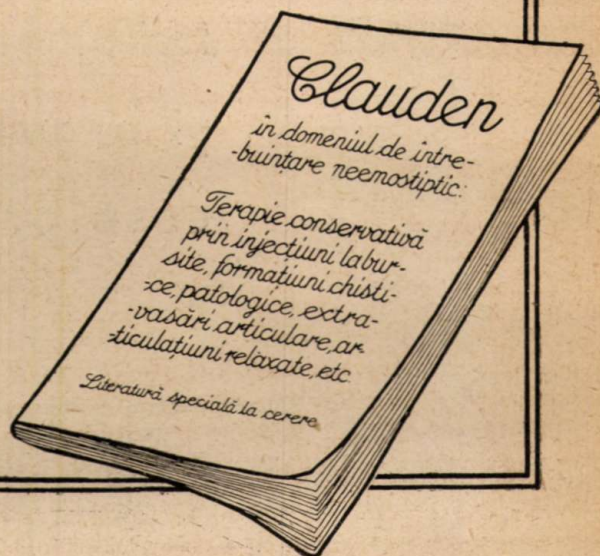
Fiole — Tablete — Praf de presărat

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al Preparatelor Luitpold-Werk:

„Diogueria Standard“ S. A. R.

Str. Sf. Ionică, 8 — București I



BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

Clinicienii au observat cu mult mai târziu tulburările nervoase și la deglutiție produse de această anomalie.

Americanii și englezii au fost cei dintâi care făcând amigdalectomia în masă au dat uneori peste formațiuni anormale ale apofizei stiloidiene în regiunea lojei amigdalene.

Faptul că aceste anomalii s'au întâlnit destul de rar în cursul amigdalectomiilor, se datorește apariției tardive după vârsta de 40 ani a acestor anomalii, când amigdalectomia se făcea mai rar.

Odată cu apariția teoriei focarului de infecție amigdală, această operație se face azi până la o vârstă înaintată și după observațiunile anatomistilor, ar trebui să o întâlnim mai des. Canuyl, recunoaște că această anomalie e mai des întâlnită de anatomisti decât de clinicieni, fiindcă manifestările paretezele nu se observă decât la cazurile cu o sensibilitate specială. Primele cazuri au fost publicate de Richardson în Anglia (The Laryngoscope 1909) de von Etcken în Germania și de Garel în Franța.

L. Garel în colaborare cu radiologii Arcelin și Charrat publică în *Anales des maladies O. R. L.* - 1928, 4 cazuri cu anomalia apofizei stiloidiene.

Din aceste cazuri constatăm ușurința cu care putem scăpa deplatarea acestei anomalii, dacă nu facem o palpăre bimanuală atentă a lojilor amigdalene, iar pentru diagnosticul de certitudine să indicăm examenul radiologic.

La Societatea de rino-laringologie din Viena, în ședința din 12 Ianuarie 1937, Glas E. prezintă un caz cu nevralgie a regiunii amigdalene, datorită alungirii anormale a apofizei stiloidiene.

Neumann, Wessely, Elsinger, Hutter etc. amintesc la această comunicare de avantajul rezecției apofizei stiloidiene pe cale faringeană în raport cu cea cervicală, care e mai riscantă, putându-se complica cu paralizie facială, complicații mastoidiene, sinuziene, etc.

G. Canuyl, în admirabilul său tratat „*Les maladies du Pharynx*” descrie un caz personal, cum durerile și disfagia în astfel de cazuri se pot explica prin raportul topografic între nervul glosio-faringean și apofiza stiloidă alungită.

În Revista Română de Oto-Rino-Laringologie din Septembrie 1943, Dr. Tomescu Teodosie, în cuprinsul unui articol, face considerații asupra acestei anomalii în legătură cu un caz pe care l-a tratat simptomatic de o disfagie permanentă. Cazul ne mai revenind, diagnosticul a fost lămurit ulterior de clinica O. R. L. din București.

Autorul amintește că în literatura românească de specialitate n'a găsit niciun caz publicat. Simptomele subiective ale acestei anomalii sunt foarte complexe ca în orice pareteză faringiană, putând ajunge dela o simplită jenă în gât; senzații de arsură, de corp străin,

de disfagie ușoară, de durere într'un singur punct fix, la nivelul regiunii profunde amigdalene, sau la punctul de urgență al laringeului superior, până la dureri insuportabile cu iradierii în sus spre cavum și urechi, sau spre marginea limbii. Cel mai constant simptom e disfagia, pentru că apofiza stiloidă prea lungă exercită o presiune pe amigdală și pe elementele nervoase ce vin în contact cu loja ei.

Diagnosticul acestei alungiri anormale a apofizei stiloidiene e uneori dificil, de aceea se palpează atent cu un deget pe peretele lateral interior și cu cealaltă mână se apasă simultan peretele extern al gâtului în zona unghiului mandibular.

Examenul amintit bimanual al faringelui și examenul radiologic trebuie executat în toate cazurile la cari presupunem o anomalie a apofizei stiloidiene. În ceea ce privește tehnica radiologică mai ales nu este lipsită de dificultăți. Fiind strâns legată de masivul petromastoidian și întru cât studiul radiologic al acestui masiv este destul de bine pus la punct din punct de vedere tehnic, s'ar părea că și explorarea stiloidiei să fie deci complet tranșată. Practica însă, din nenorocire, ne demonstrează că dintr'un număr foarte mare de radiografii făcute pentru explorarea masivului petromastoidian numai pe un număr foarte mic de cazuri se zărește stiloidia, iar vizibilitatea ei precisă — inclusiv raporturile — și în mai puține cazuri. În cazul nostru am folosit toate metodele obișnuite de explorare a masivului petromastoidian, însă nu am reușit să avem o imagine netă a stiloidiei, decât prin procedee mai speciale. Pentru a avea o idee generală despre explorarea radiologică a masivului petromastoidian și a apofizei stiloidiene, cunoscându-se strânsele raporturi de vecinătate a acestora, vom trece în revistă numai cu numele procedeele de examinare. Studiul radiologic al acestei regiuni se poate împărți în două categorii după aspectul imaginilor obținute:

- a) Acela care dă o vedere sistematică a ambelor părți (dreapta și stânga) pe același film.
- b) Acele care separă fiecare parte și necesită 2 clișee, unul pentru partea dreaptă și celălalt pentru partea stângă.
- c) Vederi izolate și radiografii unilaterale.
 1. Incidenta occipito-zigomatică sau metoda lui Stenvers.
 2. Incidenta temporo-timpanică sau metoda lui Schüller din Viena.
 3. Incidenta fronto-timpanică sau metoda lui Mayer.
- d) Vederea de ansamblu și radiografia ambelor părți.
 1. Față poziție joasă.
 2. Occipital, placă (Incidentă lui Bretton).
 3. Poziția lui Hirtz (menton vertex-placă).

Cât privește stiloidia, cu metodele de mai sus este destul de greu — dacă nu chiar imposibil — în unele cazuri, de pus în evidență. După modesta noastră experiență, credem că cea mai bună metodă pentru evidențierea stiloidiei este poziția laterală sau de profil și mai ales incidenta transbucală. În poziția de profil (după M. Arcelin) bolnavul se află în decubit dorsal, ampula inclinată cu 90°, placa așezată latero-cervical și fascicolul central la 10 mm. înapoia marginii posterioare a ramurei ascendente maxilare în $\frac{1}{2}$ superioare. Stiloidia se proiectează în loja prevertebrală a arcului anterior al atlasului, între ramura ascendentă a maxilarului înainte, apofiza mastoidă și corpii vertebrali înăpoi, scoborând dela baza în jos, înainte și înăuntru. În cazurile când spațiul maxilo-mastoidian este strâmt, M. Arcelin recomandă luxarea înainte a articulației temporo-mandibulare în timpul expunerii.

Incidenta transbucală, folosită de noi, este o modificare a metodei Jaubert de Beaujau. Bolnavul este în decubit dorsal, capul întors de circa 40—50° spre partea bolnavă, așa fel, ca regiunea mastoidiană de examinat să fie în centrul filmului. Caseta cu filmul radiografic se ridică de extremitatea sa distală (raportat la bolnav) cu 35—40° față de planul orizontal al mesei de examinat. Gura bolnavului este larg deschisă și menținută astfel cu ajutorul unui dop de plută așezat între dinții bolnavului. Raza centrală respectiv ampula este înclinată cu un unghi de 15—18° în sens caudo-cranian și cu un alt unghi de 15—20° dinainte înapoi, dinafară înăuntru și de sus în jos. Centrarea se face cam la nivelul comisurii bucale din partea opusă regiunii de examinat, ținând spre regiunea mastoidiană și stiloidiană. Noi am încercat această metodă cu efect bun și la stativ, bolnava fiind deci în picioare și având marele avantaj al unui control radioscopic prealabil al regiunii. În acest din urmă caz, mișcările și înclinațiunile ampulei necesare în decubit dorsal sunt mult simplificate prin mișcările care se pot da capului bolnavului. După această metodă, stiloida ne apare în întregimea ei, chiar dela punctul de implantație fiind bine degajată, pe baza craniului, mastoidă, coloana cervicală și ramura ascendentă respectivă a mandibulei.

Patogenia: alungirea anormală a apofizei stiloidice se manifestă la majoritatea cazurilor după vârsta de 40 ani, astfel că nu poate fi vorba de o anomalie congenitală.

Apofiza stiloidă în evoluția ei nu face parte din osul temporal. Ea provine din partea superioară a celui de al doilea arc branchial în regiunea cărui apare cartilajul lui Reichert, în a treia lună a vieții intrauterine. Partea mijlocie a acestui cartilaj nu dă naștere ligamentului stilo-hioidian și din partea inferioară la naștere marele corn al osului hioid.

La copil apofiza stiloidă este întotdeauna cartilajinoasă, osificarea ei apare târziu în două puncte la vârf și bază.

Ligamentul stilo-hioidian se poate osifica complet și unindu-se această osificare cu cea a apofizei stiloidice formează o coardă osoasă lungă, imobilă care produce o senzație de jenă și durere ce însoțește deglutiția.

Turburările la deglutiție apar numai când ligamentul se osifică complet și se transformă într-o sponă osoasă imobilă.

Aparatul hioidian osificat, la om, după Ollivier, este format dintr'un lanț de oscloare asemănătoare cu al mamiferelor.

Primul este stilo-hioidul corespunzător apofizei stiloidice; al doilea cerato-hioidul, este un os, ce ocupă situația normală a ligamentului stilo-hioidian.

Apofiza nu este altceva decât micul corn al osului hioid mult dezvoltat pe care se inseră ligamentul stilo-hioidian la om. Segmentul median, cerato-hioidul la om rămâne ligamentos, iar dacă se osifică, dă turburări la deglutiție.

Tratamentul, în formele mai ușoare, când turburările locale sunt moderate în raport cu o stare psihică specială a bolnavilor, când aceștia sunt obsedați de ideea

existenței în gâtul lor a unei maladii grave, cancer sau tuberculoză, trebuie să fie lămurii despre benignitatea suferințelor lor și să-l convingem să scape de astfel de persecuții.

În cazurile mai grave se impune rezecția parțială a apofizei alungite anormal.

Syme recomandă calea externă la cazurile cu o apofiză mult alungită ce depășește posibilitatea intervenției pe cale faringeană. Această cale nu e lipsită de riscuri din cauza rapoartelor intime cu elementele anatomice importante la nivelul acestor regiuni stiloidiene.

În formele mai limitate, calea faringiană este cea mai indicată după ce se face amigdalectomia în prealabil așa cum am procedat la cazul nostru.

În concluzie cazurile descrise mai sus excepțional de rare, alături de celelalte cazuri întâlnite în literatură, ne atrag atenția asupra cunoașterii motivului care produce uneori diferite turburări patologice la nivelul faringelui, atunci când nu apare o cauză evidentă.

Pentru clarificarea diagnosticului la bolnavii care se prezintă cu diferite acuze faringiene, ca turburări progresive la deglutiție, senzație de corp străin în gât, durere într'un punct fix sau iradiante spre ureche, limbă, trebuie să ne gândim și la o malformație osoasă la nivelul aparatului stilo-hioidian.

De obicei acești bolnavi cronici consultă diferiți medici cari fără să se gândească la o astfel de anomalie, le consideră boala ca o nevropatie, tratându-i prin diferite mijloace conservative ani în șir. Când vedem că anumiți bolnavi exagerează în acuzele lor în raport cu starea generală, trebuie să recurgem la o palpăre bimanuală faringo-cervicală și la o radiografie a regiunii stiloidiene pentru a descoperi o eventuală malformație osoasă la acest nivel, prin îndepărtarea căreia salvăm bolnavii dela diferite stări nevropatice, care îl chinule vreme îndelungată.

Pentru ușurința didactică I. Garel a dat, acestor turburări produse de alungirea anormală a apofizei stiloidice numirea de: „Anghină stiloidiană cronică”.

Numirea de „disfagie stiloidiană” dată de școala din Varșovia pare mai potrivită fiindcă lipsesc fenomenele de anghină în aceste cazuri, la care disfagia e un simptom constant.

Complexitatea acuzelor bolnavului în anomaliiile aparatului stilo-hioidian, ne îndreptățesc să cuprindem toate simptomele acestor anomalii sub denumirea de „Sindrom stiloidian”.

Bibliografie

1. Joffroy et H. Bell: Apophyse styloïde de longueur anormale (Arch. Internat. de Laringol. P. 1925).
2. I. Garel et Areclin: Apophyse styloïde de longueur anormale (Revue de Laryng. Paris, vol. XIII 1921).

3. *L. Reverchon*: Apophyse styloïde et parestesie pharyngee. Operation Guérison (Les Annales d' O.R.L. 1932, pag. 86—87).

4. *Hencke—Lübarsch*: Handb. der Sp. path. Anat. u. Hist. Bd. IV, T. I. S. 33 Springer, 1926).

5. *Glas E.*: Nevralgie de la region amygdaliene due a une apophyse de grande dimension (Soc. rhino-laryngologique de Vienne, Seance du 12 Janvier 1937).

6. *G. Cannuyt*: Les maladies du Pharynx (Masson 1936, pag. 165 et 533).

7. *Tomescu Teodosie*: Anghina stiloidiană cronică. Rev. Rom. de O.R.L. și Br. Esf. Iulie—Septembrie 1943

8. *L. Testut*: Traite d' Anatomie humaine T. I. pag. 314—18 T. III. pag.

9. *L. Testut*: Anat. Top. T. I. pag.

RESUMÉ

La dysphagie styloïdienne

En liaison avec un développement anormal de l'appareil stylo-hyoïdien chez deux malades les auteurs décrivent les troubles pathologiques produits par la présence des anomalies osseuses et cartilagineuses au niveau du

pharynx; troubles progressifs de la déglutition, sensation de corps étranger dans le pharynx, irradiations douloureuses vers le bord de la langue etc.

ZUSAMMENFASSUNG

Styloïdysphagie

Die Autoren beschreiben pathologische Störungen hervorgerufen durch knöcherne oder cartilaginöse Anomalien in der Gegend des Pharynx in Verbindung mit einer abnormen Entwicklung des Stylo-hyoidapparates, der sich bei zwei Kranken fand. Eine abnorme Verlängerung des Processus styloideus, verschiedene peri- und intratonsilläre Verknöcherungen, die von diesem Apparat ausgehen, können zunehmende Störungen beim Schluckakt, Fremdkörpergefühl im Pharynx, schmerzhaftige Ausstrahlungen nach den Ohren, Zungenrand etc. hervorrufen.

Eine aufmerksame bimanuelle Palpation der Pharynx-cervikalgegend Radiographie des Proc. styloideus weist manchmal eine Verlängerung des Proc. styloideus oder knöcherne oder cartilaginöse Veränderungen in der Tonsillenloge nach, durch deren Entfernung die Störungen aufhören, die viele Kranke durch Krebs- und Tuberkulosefurcht zu wahren Psychopathen machen.

Probleme terapeutice

Hemostaza cu oleu de terebentină

de

Dr. Marin Teșoiu și Dr. Iorga Elena

Dintre procedeele de hemostază prin tamponament, care se folosesc în mod curent, hemostaza cu oleu de terebentină este cea mai puțin răspândită, cu toate că întrebunțarea ei datează de multă vreme. Noi am luat cunoștință de acest procedeu hemostatic, pentru prima dată, la cursurile de Clinică Stomatologică din Cluj, unde d-l prof. Aleman ne spunea următoarele: oleul de terebentină a fost folosit ca procedeu hemostatic de profesorul Bilașcu (Intemeietorul învățământului stomatologic din România), în toate cazurile de hemoragii post-operatorii și în hemoragiile secundare, în plăgi septice. Acțiunea hemostatică, după Bilașcu, s'ar explica, fie printr-o trombozare rapidă a capilarelor regionale, fie printr-o cauterizare dar nu se știe precis dacă acesta este mecanismul. În orice caz, rezultatele sunt de-a-dreptul surprinzătoare și ne-am putut convinge pentru prima dată de ele în împrejurările următoare: asistând pe d-l prof. Aleman la o operație de adamantinom chistic (unul din noi), în calitate de Extern al Clinicei, am rămas impresionat de o hemoragie puternică, în val și în jet, care nu a cedat la tentativele de oprire prin tamponament sau pense hemostatice, încât, la un moment dat, operatorul se gândea să facă legătura carotidelor externe; înainte însă

de a recurge la acest procedeu, care reprezenta un fel de „ultima rată” a cerut unul preparator oleu de terebentină, sub cuvânt că, în cazuri mai puțin imprevizibile, ar fi avut rezultate bune; a îmbibat bine cu oleu de terebentină două meșe, cu care a tamponat puternic regiunea și hemoragia s'a oprit imediat. Pentru că acest caz depășea în intensitate toate celelalte cazuri, în care folosiseră acest procedeu hemostatic, am comentat puțin cazul asupra mecanismului de acțiune al oleului de terebentină dar nu am ajuns la o concluzie precisă. Meșele au fost schimbate după două zile, fără niciun inconvenient și fără ca hemoragia să se repete. Cazul amintit ne-a încurajat să folosim acest procedeu hemostatic ori de câte ori am avut ocazia.

* * *

Am folosit procedeul de hemostază cu oleu de terebentină, pe o scară mai limitată la Policlinica C.F.R. și la Clinicile Universitare din Cluj, între anii 1937—1939, iar pe o scară mai întinsă la Spitalurile de Stat din Oravița, Lugoj, Timișoara, Sănnicolaul Mare și recent la Brăila, în cele mai variate cazuri de hemoragii și suntem perfect satisfăcuți de rezultate, încât îl recomandăm cu toată căldura. Prin rândurile de mai

jos, găsim necesar să redăm câteva detalii tehnice. După cum am spus la început, este vorba de un procedeu de hemostază prin tamponament. Se poate folosi oleul de terebentină sterilizat, după uzul Clinicii Stomatologice din Cluj, care ar fi mai puțin caustic și deci mai ușor suportat de bolnav, sau nesterilizat, întru cât se știe că în oleul de terebentină nu trăiește niciun fel de microb. În raport cu reglunea de tamponat, se folosesc meșe, mai mici sau mai mari, de tifon hidrofil sau tamponane de vată hidrofilă (în special după extracții dentare), îmbibate cu oleu de terebentină. Tamponamentul trebuie să fie puternic aplicat, în așa fel ca reglunea hemoragică să fie umplută, cu meșele îmbibate, până la refuz. Tamponamentul se poate schimba sau suprima la 2-3 zile, după cum e cazul. Consecutiv acestui procedeu hemostatic, se formează o escară superficială, care cade între 5-10 zile, fără niciun inconvenient.

Am folosit metoda, în mod curent, în următoarele cazuri:

1. Extracții dentare cu hemoragii rebele la tamponamente cu apă oxigenată, adrenalină, clauden, manetol, etc., asociate sau cu injecții hemostatice; cazurile din domeniul stomatologiei, în care am folosit acest procedeu hemostatic, trec de două sute. Menționăm un caz interesant, nu atât prin gravitatea lui, cât prin fenomenele alarmante la care a dat loc, atât pentru pacientă, cât și pentru anturaj.

Era vorba de o cardiacă, în etate de 26 ani, care se afla la băile Buziaș; cu 24 ore înainte, i se făcuse o extracție dificilă (a molarului II superior drept), după care pacienta a avut hemoragie continuă cu toate tamponamentele și injecțiile hemostatice administrate de medicii stațiunii. În această stare este adusă, la miezul nopții, la Spitalul de Chirurgie-Timișoara, unde unul din noi fiind medic de gardă, i-am aplicat, în cavitatea rămasă după extracție, un tampon de vată hidrofilă îmbibată cu oleu de terebentină, după procedeul descris și hemoragia s'a oprit imediat. Pacienta a mers la hotel, a doua zi i-am schimbat tamponul, pacienta cât și soțul s'au liniștit și s'au putut întoarce la stațiune spre a-și continua cura.

2. În mai multe cazuri de hemoragii nazale am putut evita electrocoagularea, respectiv — cauterizarea zonei hemoragice a lui Kisselbach, printr'un singur tampon cu oleu de terebentină.

3. În cazurile de carbuncule întinse, în reglunea cefei și spatelui, după incizia cruciată și disecția lam-bourilor, unde hemoragia nu ceda la tamponamentele obișnuite; tamponamentul cu oleu de terebentină, pe lângă hemostaza pe care o produce, în aceste cazuri, mai are avantajul că prin acțiunea iritantă asupra țe-

suturilor vecine, crează aderențe puternice în jurul focarului, pe care-l circumscrie și constituie un loc de chemare pentru afluxul leucocitar-mecanismul abcesului de fixație. Infiltrațiile din jurul focarului dispar foarte repede, iar țesuturile mortificate se detașează ușor, încât am părăsit metoda cu emulsiile de camfor, de uz curent în multe servicii, pentru a ușura detașarea sfacelurilor, folosind în prezent, în toate cazurile de carbuncule, numai drenajul cu meșe îmbibate cu oleu de terebentină; în felul acesta am scurtat sensibil timpul de vindecare.

4. În cazurile de hemoragii secundare, în plăgile septice de război, ca și din practica civilă.

E bine ca în toate cazurile, după tamponament, să se șteargă excesul de oleu de terebentină scurs din meșe pe marginile plăgii, pentru că este iritant pentru tegumente, mucoase, este dureros și bolnavul protestează.

Am căutat să convingem și alți confrăți de eficacitatea metodei și parțial am popularizat-o în serviciile prin care am trecut; o parte din colegi se mențin într-o rezervă, justificată zic ei, de teama emboliei. Din cazurile la care noi am folosit acest procedeu (și care sunt destul de numeroase), nu am avut niciodată embolie și credem că posibilitatea acestui accident este exclusă, atât prin acțiunea cauterizantă a oleului de terebentină, cât mai ales prin acțiunea iritantă asupra țesuturilor din jur și crearea unor aderențe puternice, care după cum am spus mai sus, tind să circumscrie focarul.

Pe lângă cazurile folosite de noi, am recomanda încercarea oleului de terebentină în prostatectomii; capsula din care s'a extirpat adenomul prostatic, de multe ori continuă să sângereze, chiar după tamponamente energice cu apă oxigenată, clauden, manetol etc., încât, pacientul salvat prin operație, poate sucomba prin hemoragie, așa cum s'au văzut cazuri în cele mai repute servicii chirurgicale. În aceste cazuri, credem că tamponamentul cu meșe îmbibate cu oleu de terebentină și-ar găsi o indicație eficientă.

Încurajați de rezultatele obținute până acum, ne-am hotărât să redăm în acest modest articol observațiile noastre asupra procedurii de hemostază cu oleu de terebentină, din următoarele două motive: 1. pentru că este la îndemâna oricui, este un procedeu extrem de simplu și eficient în cele mai variate cazuri de hemoragii, pe lângă un preț extrem de ieftin; 2. pentru că, în afară de Clinica Stomatologică din Cluj, unde se folosea pe o scară întinsă și câteva spitale, unde metoda a fost popularizată prin adepții ai Școlii Clujene, în rest este un procedeu necunoscut.

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree

sindromul gastro-
cardiac

meteorism



Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Scillozal

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWEDE



Literatură și eşantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8. București

Tiroida

„Gedeon Richter“

EXTRACT PUR STABILIZAT

Tablete conținând substanțele active din 0,10 gr., 0,30 gr. și 0,50 gr. glandă tiroidă proaspătă.

Fiole conținând substanțele active din glanda proaspătă corespunzând la 3 miligrame iod pe cc.

Hormonul antehipofizar gonadotrop din urina de gravidă

Glanduantin

Fiole și tablete titrate pe unități:

Fiole de 20 unități internaționale

Tablete de 150 unități internaționale

Hormonul folicular cristallizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 și 1.000 unități internaționale

Fiole de 100 unități internaționale în soluție apoasă

Fiole de 1.000 și 10.000 unități internaționale în soluție uleioasă

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.03

Organizarea și funcționarea serviciului sanitar la unitățile de aeronautică în zonele operative ale frontului de răsărit

de

Dr. Fl. Căprariu

Organizarea și funcționarea serviciului sanitar al marilor unități de aeronautică în zonele operative. —

Corpul aerian, pe lângă alte servicii în legătură cu misiunea sa, are și aceea de a descoperi pe inamic, în amplasamentele sale, a-l studia mișcările de trupe și transporturi, prin ceea ce se cheamă aviația de recunoaștere, apoi atacurile directe asupra acestor poziții, prin aviația de bombardament, ori atacuri aeriene asupra convoalelor aeriene inamice, prin aviația de vânătoare. Aceasta din urmă la rândul ei îndeplinește și misiuni nocturne, care constituiesc unele din cele mai grele misiuni aeriene. Urmează aviația de legătură și informații, precum și aviația de transport. În legătură cu aceste categorii de arme ale aeronauticii, vedem că aviația este o luptă permanentă împotriva rezistențelor naturii, pentru care se cer anumite dispozițiuni și aptitudini individuale.

Sborul în sine necesită o constituție specială în legătură cu sensibilitatea aparatului locomotor și simțul de echilibru al individului. Apoi o constituție integral sănătoasă din punct de vedere fiziologic și mai ales al aparatului cardio-vascular și al sistemului nervos de relațiune, precum și al sistemului nervos al vieții organo-vegetative. Echilibrul simpatico-parasimpatic trebuie să fie perfect la fiecare pilot.

Aceste chestiuni se impun întotdeauna când un aviator a contractat vreo afecțiune activând într-una din ramurile aeronautice specificate mai sus.

Șocul psihic la aviatori și mai ales la bombardieri în plcaj are o deosebită semnificație patologică în legătură cu recuperarea sănătății pilotului la noul său misiuni. Acești aviatori reveniți din misiune sunt aproape desfigurați și extenuați din cauza consumației globale de energie nervoasă și neuro-musculară. Organizarea și funcționarea serviciului sanitar trebuie să țină seamă de această consumpție globală de energie fiziologică neuro-musculară și psihică.

Cele mai multe stări depresive la aviatori sunt cauzate tocmai de aceste atacuri în plcaj sau atacuri de vânătoare de zi ori de noapte.

Bazate pe aceste constatări, forurile competente germane de aviație au construit sanatoriile speciale pentru aviatorii în convalescență, unde sunt supuși unui regim special. Sgomotul infernal al motoarelor la 5—8000 metri înălțime, în groaza de apariție a unui convol aerian

inamic, cu masca de oxigen în funcțiune, cu tachicardii de 200 bătăi la minut în stări de anoxemie, sunt fenomene fiziologice care duc la uzura sistemului nervos al aviatorului. Bazați pe aceste fenomene, asistența medicală la aviatori la un aspect diferit de cel al ostașilor dela alte arme. Ca atare, serviciul sanitar aviativ trebuie astfel organizat ca să facă față tuturor acestor cerințe de ordin fiziologic, nervos și moral.

Mi s'a dat ocazia de mai multeori să văd pe un mare aerodrom de pe malul Niprului aviatori români revenind din misiune, cu minunatele lor aparate Stukas, într-o stare de epuizare extremă. Am pătruns puțin mai adânc în cadrul nemulțumirilor lor și am ajuns la concluzia că multe din neajunsurile serviciului lor se pot îmbunătăți printr-o organizare mai atentă a serviciului lor de aprovizionare și a serviciului sanitar. Misiunea de aviator este una din cele mai grele și mai extenuante, în care factorul *somn* trebuie să fie organizat în primul rând atât în ce privește mecanicii de bord și de revizie a motoarelor, cât mai ales în ce privește aviatorul de luptă, vânător sau bombardier. De multeori situațiunile strategice nu permit o alimentare rațională a personalului navigant, în care caz el face apel la forțele sale de rezervă, depune un efort pentru a executa noua misiune, însă în materie de somn și de odihnă nu există rezerve și timpul suficient din punct de vedere fiziologic trebuie acordat flecărul navigant și flecărul mecanic de revizie a motoarelor, pentru că randamentul celui va produce va fi insușit, dacă nu mai mare, în raport cu cea mai mare misiune în război a flecărul ostaș luptător.

Evitarea accidentelor, fuga isteafă de moarte dobândind inamicul sau făcându-l inactiv. Dintr-o lucrare a d-lui Medic Lt. Col. Dr. Apostol la Cluj reiese că majoritatea accidentelor produse de elicea de avion se produceau din lipsa de atenție; ori, în război lipsa de atenție poate să-l producă moartea fulgerător. Problema care se pune aici este de unde vine lipsa de atenție? Are ea oare o cauză individuală personală, în care caz pilotul nu are aptitudinile necesare unui bun sbrător, sau este de origine externă, independentă de aviator, și atunci este de datorita în primul rând a Serviciului sanitar să intervină pentru a remedia acest neajuns care costă pierderi ireparabile. În armata aeriană germană capitalul biologic uman al aviatorului costă

mai mult ca orice. În baza acestui principiu, se sacrifică avioane mari costisitoare, iar pilotul se salvează cu parașuta și nu mai încearcă nici o redresare a avionului avariat grav, pentru că un nou avion leze din uzină în câteva luni, iar un nou aviator obținem abia după 20 de ani. Mi s'a dat ocazia să văd excese de datorie a aviatorilor români în legătură cu această problemă, care însă i-a costat viața. Moartea în război este eroică, dar după constatările unui fost Director al Școlii superioare de război, mai erolc este a-ți îndeplini misiunea încredințată și a reveni sănătos (nici măcar rănit), pentru a-ți primi locul de onoare între briații eroi.

Corpul Aerian Român pe lângă alte servicii mai avea și pe acela al Serviciului sanitar, care coordona activitatea tuturor serviciilor sanitare dela subunitățile din subordine. Controlul acestor servicii subordonate era făcut de Șeful Serviciului sanitar al Corpului Aerian, care avea gradul de Medic Lt. Col., sau în ultimul timp Medic Major.

Activitatea și mai ales funcționarea serviciului sanitar atât la marile comandamente, cât mai ales la flotile, respective regimente, a deplins în mare măsură de spiritul de înțelegere al Comandantului respectiv față de importanța serviciului sanitar. Medicul avea obligația și rolul de a convinge pe Comandant de necesitatea și de importanța unei măsuri, sau a unui ordin cu caracter medical, și lucrurile mergeau pe calea lor normală. O epidemie de tifos exantematic nu putea fi jugulată decât dacă Comandantul a ordonat tuturor serviciilor regimentului aplicarea cu toată severitatea a măsurilor medicale propuse de medicul respectiv.

Ca Medic șef al unui Regiment de artilerie anti-aeriană timp de aproape 10 luni în zonele operative, am avut fericita ocazie să colaborez cu doi comandanți de regiment, cari au înțeles întru totul importanța serviciului sanitar pe front, acordându-i toată simpatia.

Serviciul Sanitar al Micilor unități de aeronautică. Serviciul sanitar de Flotilă. Serviciul sanitar de Grup. Serviciul sanitar de Escadrilă.

Aceste servicii erau atașate unităților respective având fiecare un medic cu personalul medical auxiliar convenit și fiecare cu câte o auto-sanitară. Serviciul sanitar era prezent pe fiecare aerodrom la orice oră din zi fiind la dispoziția unității sale în legătură strânsă cu misiunile care se executau, după necesitățile operative. În cazuri de accidente, auto-sanitara intra în funcțiune, iar morții ori răniții erau evacuați de urgență la unitățile sanitare convenite. Restul activității serviciului sanitar aeronautic se executa în cantonament după poziția în care se afla trupa, după modelul activității medico-sanitare din armata română în general.

Serviciul sanitar al Regimentelor de Artilerie anti-aeriană. Regimentul nostru avea divizioane independente fiecare cu serviciul sanitar aparte și personalul sanitar auxiliar corespunzător. În compunerea unui Divizion intrau atât baterii grele cât și baterii automate. Comanda sanitară a Regimentului avea un medic șef, un sergent major sanitar și un caporal sanitar.

Serviciul sanitar al Regimentului avea atașat din punct de vedere medical efectivele următoarelor formațiuni: Un atelier mobil; una coloană auto-transport; una stație T. F. F.; Plotonul trupel Regimentului.

Obșnuit aceste formațiuni urmau traseul Regimentului, după necesitățile operative.

Funcționarea serviciului sanitar al Regimentului anti-aerian. Pe lângă asistența medicală și menținerea unei bune situații de sănătate la subunitățile Regimentului atașate, medicul șef al regimentului avea obligațiunea controlului medical periodic la fiecare divizion. Aceste deplasări la câteva sute de kilometri de sediul Comandei Regimentului nu se puteau face decât foarte rar, din lipsa mijloacelor de locomoțiune. Colaborarea dintre Comandantul Regimentului și Medicul șef de Regiment însă a favorizat foarte mult aceste deplasări care se contopeau întotdeauna. Pentru deplasările mai îndepărtate uneori d-l General Comandant al Flotei aeriene IV împrumuta avionul d-sale personal. Deplasările pentru inspecțiunile sanitare erau cu atât mai necesare cu cât întotdeauna cu ocazia schimbării Comandantului de Divizion sau a medicului de Divizion, serviciul sanitar intra într-o perioadă de relaxare în timpul căreia măsurile sanitare ordonate nu se mai executau sau se executau tardiv și incomplet având drept rezultat contaminarea ostașilor cu pediculoză care servea drept vehicul spre poarta tifosului exantematic.

Acesta era punctul vulnerabil al Serviciului sanitar spre care se îndrepta totdeauna întreaga atenție a Comandantului de Regiment și a Medicului șef de Regiment.

Începând cu unitățile atașate regimentului și până la ultima baterie independentă situată izolat la mari depărtați pe câte un aerodrom fals, serviciul sanitar era organizat după tipul următor:

1. Camera de deparazitare.
2. Camera de izolare și carantină.
3. Bala improvizată în imediata apropiere a cantonamentului.
4. Postul antivenerian dotat cu truse antivenerice și medicamentele necesare unui tratament profilactic.

Infirmeria era unică pe fiecare Divizion iar bolnavii se prezentau cu condica reglementară dela fiecare baterie aci la vizita medicului de Divizion. Supravizita se făcea ori de câte ori era nevoie, de către Medicul șef al Regimentului.

Respectarea strictă a acestor dispoziții și prin grija comandanților de baterii, cari erau interesați direct la

respectarea ordinelor sanitare, a avut drept rezultat că într'un timp de 10 luni acest regiment nu a avut de înregistrat nici un singur caz de tifos exantematic și nici vreo epidemie. Dimpotrivă în timpul din urmă am fost puși în situațiunea de a lupta împotriva epidemiei și a parazitilor cari veneau pe front din Țară, prin ostașii cari reveneau din concedii sau permisi. Un cuvânt de laudă se cuvine comandantilor de baterii, cari din inițiativa lor în timp de iarnă au construit din cărămidă și lemn adevărate camere de baie, cu dușuri calde și reci.

Aceste dușuri erau de un real folos într'un cât nici un ostaș revenit din concediu ori deplasare nu putea intra în baterie fără a fi trecut pe la camera de izolare, unde își făcea carantina, după ce în prealabil au fost deparazitați și trecuți pe la baie.

În același timp se făceau vaccinările regulamentare precum și controlul acelor cari lipseau de la vaccinare fiind în deplasări ordonate.

În intervalul dela 20 Februarie 1943 până la 1 Septembrie 1943 situația generală sanitară a Regimentului la 19 subunități a fost următoarea: 1. Numărul consultațiilor la infirmerie: 4725. 2. Internați în infirmerie: 202. 3. Internați în Spital: 174. 4. Morți: 8 (din cauza bombardamentului aerian inamic: 6, înecat din imprudență în Nipru: 1, împușcat din imprudență: 1). 5. Răniți: 4. 6. Evacuați: 36. 7. Vacinați antiholerici: 3757. 8. Vacinați T. A. B. + Anat. Tet.: 1886.

Lupta antiexantematică. Deși în armata germană toți medicii au fost vacinați antexantematic, medicii regimentului nostru nu au beneficiat nici măcar de vaccinul românesc Cantacuzino. În aceste împrejurări, uneori din cele mai critice, trupele române erau obligate, din cauza lipsei absolute a cantonamentului și din motive de ordin strategic să se cantoneze în regiuni bântuite de epidemie și să locuiască la un loc cu populația civilă într-o adevărată stare de promiscuitate.

Datorită măsurilor luate la timp și executate cu toată conștiinciozitatea de medicii respectivi s'a putut evita epidemia de tifos exantematic în mijlocul trupelor române, deși printre trupele germane din aceeași localitate cu noi au fost numeroase cazuri mortale de tifos exantematic.

Măsurile de profilaxie luate: Barajul antiexantematic.

1. Carantina strict obligatorie pentru toți ostașii reveniți la Regiment din concediu și deplasări.

2. Inființarea camerelor de deparazitare la fiecare baterie și la fiecare secție de baterie ușoară.

3. Inființarea echipei de deparazitare pusă sub conducerea serviciului sanitar și controlul bateriei. Activitatea zilnică a acestei echipe condusă de un gradat — caporal sanitar — era consemnată într'un Registru

de activitate zilnică, care era prezentat medicului de Divizion și medicului șef de Regiment la orice inspecție.

4. Inființarea Școalei de sanitari — câte una pentru fiecare Divizion — pe Regiment în zonele operative sub conducerea medicului șef de Regiment, respective a medicului de Divizion. Împreună cu elevii școalei de sanitari au fost chemați și sanitarii cu școală din țară pentru a-și perfecționa cunoștințele învățate în țară.

5. Tunderea sistematică a ostașilor la părțile păroase.

6. Reglementarea învoltrilor și a permisiilor printre populația civilă. Aceste dispozițiuni erau difuzate mereu și la Divizioane, mai ales cu ocazia schimbărilor de personal de conducere sau personal medical.

Lupta antiveneriană. Aceasta s'a făcut prin două metode.

Prin conferințe ocazionale s'a explicat trupelor pericolul venerian și mai ales complicațiile afecțiunilor veneriene atât pentru individul bolnav cât și pentru aparținătorii și descendenții.

S'a dotat fiecare unitate cu suficiente truse antiveneriene: Irigator și medicamentele necesare.

S'a inființat postul antivenerian la fiecare baterie grea și secție ușoară. S'au reglementat învoltrile în sensul că acestea constituiau un element de încurajare pentru ostașii sănătoși și curați.

Tratamentul veneriilor s'a făcut în bune condițiuni prin sulfamide, Eleudron, Albucid și Neosalvarsan în cantități suficiente.

Aprovizionarea cu alimente se făcea în foarte bune condițiuni dela depozitele sanitare germane.

Un neajuns în legătură cu diagnosticul veneriilor erau îmbolnăvirile volte la ostașii care reveneau din concediu infectați de diferite venerii. Unii credeau că fiind bolnavi de venerii vor fi evacuați în țară. Serviciul sanitar însă a făcut tratamentul tuturor acestor venerii pe front și a intervenit ca să se suspende concediile acelor care revin infectați de venerii din concedii la Regiment.

Lupta antimalarică. Din contactul permanent pe care Serviciul sanitar al regimentului îl avea cu Serviciul sanitar al armatei germane din localitățile respective, unitățile noastre au putut doar să profite din punctul de vedere al conservării sănătății generale.

În deplasările pe care regimentul le făcea, am trecut de multe ori prin regiuni malarigene în care caz Serviciul sanitar al regimentului a introdus obligatoriu tratamentul profilactic cu Atebrină după sistemul aplicat în armata germană.

Măsurile antimalarice au fost: 1. Asanarea anurilor lacuri și puțuri din apropierea cantonamentelor. 2. Imbrăcarea soldaților în timpul serii începând cu ora 18—19 pentru a-și feri de înțepăturile țânțarilor. 3. Intre-

bolnărea metodei fumigene prin țigărete pentru alun-garea țăntarilor. 4. Administrarea regulată a atebrinei atât la ofițeri cât și la trupă. Administrarea atebrinei se făcea de obicei la masă de către un gradat, după ce în prealabil li s'a explicat soldaților pericolul malariei și a urmărilor pe care le produce.

Datorită acestor măsuri aplicate cu toată rigurozitatea în regimentul nostru, numărul lunar cel mai mare de malarici au fost de 3—4 pe întregul efectiv al regimentului (inclusiv divizioanele) iar pe luna Iulie un singur caz.

Dotarea unităților de aeronautică cu material sanitar. În timpul cât unitățile noastre au fost sub comanda germană, aprovizionarea cu material sanitar de uz zilnic, se făcea exclusiv de la depozitele sanitare ger-

mane care erau în aceeași localitate. La cererea noastră ni s'au dat chiar și filtre pentru epurarea apei de băut, numite Tornister filter geräte, care au și fost repartizate Divizionului 5, situat în regiuni nisipoase și lipsite de apă potabilă.

Un mare neajuns în dotarea regimentelor a fost lipsa auto-sanitărelor pentru transportul răniților și a bolnavilor. În lipsa lor am întrebunțat mașinile de transport ale Regimentului.

Alimentația s'a făcut de asemenea tot timpul de către autoritățile germane în așa fel, că trupele erau bine alimentate și calitativ și cantitativ. Hrana alimentară conservată era completată cu suplimente ca: șocolată, orez, grîș, pâine albă, marmeladă, mlere, zahăr, unt, etc., cafea și bonboane în mod regulat.

Probleme de puericultură

Considerațiuni asupra turburărilor de structură a limbajului

de

Dr. V. Gasnas, medic secundar

Statisticele școlare ne arată, că cca. 50% din elevii școlilor de îndrumare pentru copii anormali prezintă pe lângă o capacitate intelectuală redusă și turburări ale limbajului. Acest fapt lasă să se constate în mod clar strânsele legături dintre dezvoltarea generală și dotarea facultății de vorbire.

Cercetările clinice — de asemenea oglîndesc frecvența tulburărilor de limbaj la cei inferiori intelectualmente. Mare procentaj de turburări ale limbajului, la cei defecți din punct de vedere intelectual, a surprins oarecum unanim pe toți cercetătorii care s'au ocupat de aceste chestiuni, astfel de ex. Esquirol a luat ca motiv, în cercetările sale de clasare a idioților — capacitatea lor de vorbire.

Pentru a ne ocupa mai de aproape de anomalii ale limbajului ivite la copii și tineret, este neapărat necesară o clasificare a noțiunii de „turburare de limbaj”. În doctrina despre turburările limbajului importă în primul rând forma limbajului sau mai bine zis felul de exprimare ca atare. Dar această formă exterioară este strâns legată de conținutul limbajului — ex. la afaziei, leziunile structurii interioare ale limbajului — merg mână în mână cu turburările exterioare adică ale modulului de exprimare și invers de ex. la bâlbâit, anomalii ale funcției de vorbire pot influența într'un mod bolnăvicios decursul procesului interior al vorbirii și al activității gândirii. La alegerea unei de-

notații potrivite și cuprinzătoare pentru întreaga sferă de sindromuri în chestiune — se pare că noțiunea de „turburări de limbaj”, ține cu mai mult socoteală de raporturile strânse (reciproce) — între conținutul vorbirii și felul de exprimare: Turburările de structură se manifestă fără excepție în copilărie. Fără a intra în detalii asupra raporturilor psihologice normale ale dezvoltării vorbirii, trebuie observat că cele mai numeroase aspecte ale bolilor care trebuie discutate aici, corespund anumitelor faze de dezvoltare psihologică a limbajului la copii. Aceste faze normale ale dezvoltării vorbirii apar ca anormale și prin aceasta ca o turburare a limbajului, dacă persistă peste epoca normală, sau dacă opresc sau întrerup decursul fiziologic al dezvoltării limbajului printr'o apariție regresivă — de mai târziu.

Înainte de a pătrunde în aceste sindromuri, cunoscut sub numele de mutism auditiv, gîngăvit și bâlbâit, să discutăm pe scurt sferele de funcțiune prin a căror activitate este făcut posibil procesul vorbirii. Nu există un organ propriu zis al limbajului; ci limbajul a întrebunțat mai degrabă diverse sisteme de funcțiune fillogenetice mai vechi și are nevoie de ele pentru a deveni sau rămâne apt de întrebunțare.

Printre aceste mecanisme necesare la formarea limbajului, stă în primul rând respirația. În mod firesc, turburările respirației vor fi mai intens perceptibile

atunci când cad în domeniul fazelor de expirație. O întrecere în funcțiune nestăruită și o durată suficientă a expirației sunt ipotezele fundamentale pentru orice vorbire normală. Dar respirația, privită din punct de vedere genetic este tot atât de puțin un instrument specific al limbajului ca și laringele ca organ al formării vocii. Vocea este proprie animalului în aceeași măsură ca și omului, ea servește la originea unei necesități de exteriorizare primitiv vegetativ și ca și inspirația este introdusă abia secundar în domeniul mai tânăr, din punct de vedere filogenetic al funcțiunilor limbajului. Respirația și formațiunea vocii sunt deci condițiile pentru producerea sunetului articolat, a elementului primar al oricărei manifestări de limbaj. Regiunea articulației este, după nomenclatura fonetică, tubul de conexiune al laringelui, considerat însă din punct de vedere anatomic-fiziologic, nu este altceva decât aparatul de masticație: Buzele, dinții, limba, cerul gurii etc. sunt organe care în decursul dezvoltării vorbirii încearcă o extindere a funcțiunii și sunt făcute utile vorbirii articulației, în al cărei mecanism de ansamblu le revine sarcina formării sunetelor, care se îndeplinesc în colaborare cu respirația și vocea.

Planul structurii aparatului de vorbire omenesc ne apare din punct de vedere al istoricului dezvoltării ca un mecanism complicat al funcțiunilor, format din sfere de funcțiuni independente la origine. Cunoașterea acestor condițiuni de dezvoltare lasă însă să se aștepte, ca o formațiune atât de diferențială în construcția ei, va prezenta o extindere considerabilă a turburării și că înăuntrul acestui sistem, conducerea coordonată a sferelor organice partașe la formarea limbajului, va reprezenta un punct foarte lesne de atacat la un mecanism unitar care funcționează neted și fără fricțiuni.

Anomaliile de funcționare ale grupelor de organe care participă la realizarea actului de vorbire au ca urmare de fiecare dată anumite forme de turburări ale limbajului fie dacă la gângăvit este atins în mod predominant unul din aceste sisteme, anume articularea, fie că, ca urmare a unei cordonări defectate, participă mai mult din aceste sfere de funcțiuni, ca la bătăit. Cu aceste două forme de boală sunt date turburările ale limbajului care aci se formează dela începutul dezvoltării limbajului sau ajung la o dezvoltare după o perioadă mai lungă sau mai scurtă de decurs normal al dezvoltării funcțiunii de vorbire.

În opoziție cu aceasta stau cazurile în care o dezvoltare a vorbirii nu apare deloc sau apar mult întârziată. În examinarea acestor copii se desprinde o grupă, la care absența dezvoltării limbajului nu poate fi explicată de anomalii ale organelor de vorbire, nici de turburări ale capacității auditive, sau a înțelegerii vorbirii — adică a inteligenței.

Această tărăgănare în dezvoltarea limbajului poartă numele de mutism auditiv.

În acest sens definește și Gutzmann mutismul auditiv (copilul aude ușor, înțelege bine însă nu poate vorbi).

Heller — extinde mai mult noțiunea de mutism auditiv. El atrage atenția că mușii auditivi deși inteligenți — pot ajunge la o stare de întârziere față de debitul de producție a vârstelor lor, din cauza absenței raportului cu lumea înconjurătoare prin limbaj. Wado-leczny vorbește de mușenia auditivă — când ființa aproximativ normală rămân mute peste cel de al treilea an al vieții. Alți autori extind noțiunea de mutism auditiv prin faptul că opun formei motorice — o formă senzorială (școala Vleneză). Stockert în așa Psihopatologia copiilor denumește muși auditivi copii care nu reacționează la chemări (nu-și îndreaptă atenția), nu se îndreaptă spre niciun izvor sgomotos oricât de vehement ar fi el, în același timp nu arată nicio tendință spre vreo manifestare de vorbire și care apar din punct de vedere al caracterului ca „nemărginit de rău crescuți”, iritabili, furioși, neliniștiți și hipervigilenți. Într-un mod asemănător releviază Fraschel recalitranta și neastăpărul în purtarea mușilor auditivi ca fiind trăsături ale firii deosebit de caracteristice Frantz Faust este de părere că noțiunea de mutism sensorial este o contradicție în sine și definește mutismul auditiv astfel: tărăgănarea în dezvoltarea funcționării motorice a limbajului, când există o înțelegere a vorbirii, deci după el spre deosebire de sindroamele surdo-mutismului — în mutismul auditiv e o înțelegere a limbajului și nicidecum o percepție acustică a excitației.

Dar dacă un copil este mut și în același timp nu este capabil să înțeleagă cuvântul vorbit — nu mai e vorba de un mutism auditiv ci de surzi verbal congenitali (Laubenthal). În literatură sunt citate drept cauze în formare — mutismului auditiv — un frâu scurt al limbii, vegetații adenoidice, rachitismul, sifilisul sau tuberculoza. Alți autori, pe de altă parte cred că e vorba de o leziune organică ex. leziuni traumatice ale creierului sau turburări ale aparatului vestibular. S'a încredințat de asemenea posibilitatea turburărilor glandelor cu secreții interne (hipotroidie), de asemenea și factorii hereditari au fost luați în discuție ex. Gutzmann, a găsit din 289 copii — 107 a căror antecedent au prezentat o întârziere în dezvoltarea vorbirii Levy — încredințează univitelinitatea.

Limbajul este organul direct al raportului dintre oameni și înțelegerea pentru tulburările sale de realizare (structură), — poate fi câștigată numai pe calea structurii generației și în special prin latura socială a personalității (F. Faust).

Copii cu mutism auditiv urmărit în de aproape dau impresia că sunt serioși fără avânt, puțin viol. La în-

ceput nesociabil — pentru ca mai târziu să devină sociabil. Limbajul lor se pune de asemenea în concordanță deplină cu comportarea generală, devenind comprehensibilă prin aceasta. Deci simptomul limbajului la mutismul auditiv apare așa dar ca expresie parțială a unei turburări fundamentale unitare în sensul unei luări de atitudine greșite față de lumea inconjurătoare, condiționată de o structură a caracterului anxioasă timidă, sensibilă și lipsită de siguranța de sine.

Linia de conduită pentru terapeutică va fi ca atare următoarea: Copiii trebuie lăsați să se familiarizeze nesiliți pe calea obișnuirii încete cu un mediu inconjurător — în care copii vorbind normali îndemnă la imitare, și dacă să evită orice constrângere exterioară (de a vorbi) în cele mai multe cazuri — după oarecare vreme, apare spontan un impuls de vorbire și punând ipoteza unor calități spirituale — suficiente — apare de obicei un decurs favorabil de vindecare, prin aceea că, după puțină vreme, se arată primele începuturi de vorbire.

Însă cu aceasta s'a făcut abia primul pas spre vindecare. Căci odată cu începerea dezvoltării limbajului începe și dificultatea ce o prezintă fonetica (formarea sunetelor). După cum în condiții normale de dezvoltare a limbajului se parcurge o etapă în timpul căreia se stăpânește articulația, încetul cu încetul așa și mutul auditiv trebuie să învețe întâi încet stăpânirea exactă a scalei fonetice diferențiată.

Turburările limbajului care apar în cursul acestor perioade se referă de aceea în special la domeniul articulației și nu rareori un mut auditiv devine gângav. Prin gângăvit se înțeleg anormalitățile formării sunetelor, care mai persistă la o epocă a dezvoltării vorbirii, în care articularea este deja stăpânită (Faust). Gângăvitul este un simptom patologic al vorbirii, spre deosebire de gângăvitul fiziologic — observat în primele începuturi ale dezvoltării limbajului copilului — datorită stăpânirii defectuoase a sunetelor, *Froscheles* definește gângăvitul ca „lipsa sau pronunțare defectuoasă a unor sunete izolate. După *Nadolcny*, gângăvitul este incapacitatea de a produce sau forma corect anumite sunete sau asociațiunile de sunete și anume depinzând de epoca în care au fost învățate cuvintele”.

Gumpertz a constatat că este tendința la acești copii gângăviți — ca sunetele care se formează mai în fundul gurii, să fie înlocuite cu acelea care se formează mai spre față. Cunoscute ca expresie a zonelor de articulare deplasate este articularea lui *d* în locul lui *g* și a lui *t* în locul lui *k*.

După *Kussmaul* și *Gutzmann* gângăvitul este când un defect înăscut, când câștigat, când este provocat în mod funcțional prin educare proastă și exercițiul defectuos, când e de natură organică. Toate turburările articulației se pot numi turburări dysartrice ale limba-

jului. De obicei se separă ca disilabili acelea care sunt condiționate în mod mecanic de defecte ale instrumentelor externe ale limbajului și ale nervilor motori, de disartriile propriu zise sau centrale care sunt condiționate de o leziune organică, sau sunt numai de natură funcțională.

Wildermuth a descris o formă a gângăvitului în care formarea sunetelor izolate reușește, în care însă vorbirea în continuitate este considerabil turburată, din punct de vedere al articulației și el privește acest gen de turburare a limbajului, a cărei simptomatologie, după cum se vede este identică cu aceea a „gângăvitului universal”, ca aproape tipic pentru gradele mijlocii și mai ușoare ale idioției. Gângăvitul silabelor și cuvintelor este prin excepție legat de particularitățile structurii caracterului cu așezarea centrală a unei atitudini față de lumea inconjurătoare (care este) accentuat sentimentală, desinteresat, mulțumită afirmând simțul comunității, copilăros-vioale și lipsită de griji, adaptată momentului. Turburarea limbajului în sine rămâne înconștientă și ca urmare nu devine un obiect de prelucrare reflexivă.

Exemplele de muțenie auditivă și gângăvitul, expuse până aici, lasă să se vadă că simptomul izolat de patologie a limbajului nu este altceva decât expresia parțială a unei anumite întârzieri (forme) a personalității și că poate fi înțeles de aceea numai pe calea personalității generale. O altă turburare a limbajului este bătăit. Văzut sub unghiul patologiei limbajului, natura bătăitului se găsește într-o turburare a decursului vorbirii pe baza unei slăbiciuni de coordonare a grupelor de organe care participă la actul vorbirii. După *Kussmaul* — bătăitul este o neuroză spastică a coordonării. În mod asemănător *Nadolcny* numește bătăitul o reacție nervoasă pe terenul coordonării limbajului pe bază constituțională.

Häpfner delimitează bătăitul de alte turburări ale limbajului, ex.: cum ar fi și literarea de silabe a copiilor care începe să vorbească; *Leyser*, numește literațiunea un fenomen elementar al sistemului nervos, căreia îi lucrează împotriva atenției și reprezentarea unei înțelegeri unitare, prin urmare factori care la copil ajung abia încetul cu încetul la dezvoltare. Tot *Häpfner* vorbește în aceste cazuri cu o conștiență a turburărilor. *Polik* și *Schilder* văd ipotezele literațiunii într-o disproporție între materialul disponibil și impuls clinic se distind în dezvoltarea bătăitului diverse stadii și anume un stadiu inițial sau cronic ce este caracterizat de literațiunea de sunete, silabe și vocale. Un stadiu simptomatologic tonic — mai impresionant și anume — din clinic în clinic se aude un sunet abia după o presare de un minut. Începuturi de vorbire frustane o lanoză și o respirație sacadată spasmodică de altfel mult prescurtată și neregulată în faza de expirație, chiar în

Intervalul în care nu vorbesc fac să se recunoască eforturi excesive care se interpretă pentru a forța totuși apariția vorbirii. Se ajung la mișcări de caracter neordonat de obicei ale Capului extremităților și trunchiului, și care mișcări încetează în clipa când predica de a vorbi este în filință. În vorbire bălbăitul se obișnuiește să ocolească tot mai mult cuvintele a căror pronunțare îl produc dificultăți. Orice de meritoare ar fi această stabilire a diverselor etape de dezvoltare a bălbăitului pentru clinica acestor boli, trebuie recunoscut totuși că această stabilire este bazată exclusiv pe organizarea suprastructurii neurotice, nu însă pe analiza personalității dela care s'a pornit.

Atât condițiunile de formare, cât și decursul și prelucrarea internă a bălbăitului nu lasă să se ridice vreo îndoielă asupra faptului că este vorba intradevăr de o neuroză.

Natura bălbăitului văzută din punct de vedere al patologiei limbajului trebuie primită ca o turburare de coordonare. O predispoziție redusă a funcțiunii motorice a limbajului și absența unui raport natural cu comunitatea — sunt după F. Faust rădăcinile din care se dezvoltă o neuroză a bălbăitului. Bălbăitul ne apare prin aceasta ca o neuroză care se manifestă de preferință în domeniul de coordonare a limbajului bazată pe o formare egocentrică a caracterului la o slăbiciune a aptitudinii motorice a limbajului. Această interpretare caracterologică a bălbăitului se poate amplifica prin rezultate ale cercetărilor constituționale îndreptate în același sens. Printre 340 bălbăiți Subert a găsit 34% din cazuri un tip de conformație astenică a corpului, 20% din cazuri un tip asteno atletic și numai 2% pînici. Datele biologicco-ereditare întreprinse la bălbăiți atrag unanim atenția asupra unei formări endogene acestei boli, mai ales în cazurile când se exclude posibilitatea unui bălbăit imitativ. Ereditatea de asemenea joacă un rol după Seeman în apariția acestei boli. Întrebunțarea mai activă a mânel stângi la bălbăiți este de mult cunoscută și este citată ca o dovadă că la baza acestei forme de turburări a limbajului stă un defect localizabil în creier.

Siemens constată după experiența sa — cu gemeni univitelini, la care unul din parteneri era stângaci și celălalt folosea mâna dreaptă izbitor de des bălbăia numai cel stângaci. După Stier 70% a tuturor bălbăiților sunt stângaci și Subert a găsit în statistica sa sus menționată 80% stângaci în ascendența bălbăiților.

Desacordul care există la începutul dezvoltării vorbirii la copil între intenția de a vorbi și capacitatea de vorbire nu poate fi considerat ca deosebit de important sau cel puțin nu ca fiind hotărâtor pentru formarea bălbăitului. Cu atât mai mult atențiunea câștigată

însă în împrejurarea în care copilul gândește mai repede și ar vrea să spună mai mult decât e în stare să realizeze în vorbire, în urma lipsei de exercițiu a organelor sale care se găsește la o altă formă a turburărilor de limbaj, și care trebuie cu totul deosebit de bălbăit, anume vorbirea precipitată. E o mutllare a produselor vorbirii condiționată de o viteză precipitată a vorbirii.

Din sforțarea de a exprima cât mai complet jocul gândurilor felul de a vorbi este grăbit într'atât încât sunete, silabe, cuvinte și părți de frază rămân de o parte, deoarece articularea necesară nu poate fi realizată cu luțea intenționată de vorbitor.

În opoziție cu gângăvitul, formarea sunetelor se poate face exact, îndată ce viteza vorbirii este moderată.

În comparație cu bălbăitul, vorbirea precipitată este un simptom, care nu dă prilej la o prelucrare neurotică a evenimentului. În forma de comportare a acestora — se deosebește în primul rând un exces al impulsului general. Copiii sunt cu toții nestatornici și pripiți, superficiali, schimbători, hipervigili — nu rareori puțin disciplinați în schimb sociali și sentimentali.

Concluzii: 1. Există o legătură strânsă între dezvoltarea generală și dotarea facultății de a vorbi.

2. Nu există un organ propriu zis al vorbirii, ci sisteme de funcțiuni filogenetice mai vechi.

3. Mutismul auditiv, gângăvitul, bălbăitul și vorbirea precipitată sunt principalele turburări de limbaj și care au comun apariția în timpul realizării dezvoltării limbajului.

4. Pentru înțelegerea formelor de turburare a limbajului nu este de așa mare importanță simptome izolate, cât mai ales personalitatea care vorbește în complexul ei și care stă în raport causal foarte strâns cu formarea cât și felul de manifestare a turburărilor de vorbire.

LUCRARE FĂCUTĂ LA SPITALUL DE COPII GALAȚI

Medic-primar director: Dr. V. Anghelescu

Bibliografii

1. Buhler K : Verhandl. d. Kong. d. D. Gessellsch. f. Psycholog. XII. Kongr. 1931.
2. Faust Fr. : Zeitschrift für Kinder forschung. Über aufbaustörungen der Sprache 1940 Iuni, 48 Band. 5 Heft.
3. Fröschels : Lehrbuch der Sprachheilkunde 1931.
4. Gilbert : Robin - Precis de Neuro - Psychiatrie infantile, Paris, 1939.
5. Gumpertz F. : Med. Klin. 1928.
6. Gutzmann H. : Sprachheilkunde.
7. Gutzmann H. : Die Dysarthrischer Sprach Störungen 1911.
8. Hamburger F. : Die Neurosen des Kindesalters 1939.
9. Heller Th. : Arch. Psycholog 1930.
10. Höfner Th. : Arch. Psychiatr. 70/924.
11. Nadoleczny M. : Jandl. d. Kinderheilkunde.
12. Subert M. : Ref. Z. Kinderheilkunde 1929.

Activitatea instituțiilor sanitare

Activitatea secției de boli de piele, venerice și sifilis a spitalului Gh. Mârzescu – Spitalul de Boli Sociale din Brașov – în ultimii 10 ani (1 Ianuarie 1933—1 Ianuarie 1943)*

de
Dr. Emil Colbazi și **Dr. Emil I. Bologa**
medic primar medic secundar

Am considerat dela început acest serviciu, ca un post avansat al Clinicii din Cluj, în lupta pentru combaterea bolilor venerice și în deosebi a sifilisului.

În toată activitatea noastră, ne-a servit ca exemplu totdeauna iubitul nostru maestru, profesorul Tătaru, care pentru drumul greu pe care ne-a trimis, ne-a dat un bagaj prețios pe care am căutat să-l păstrăm cu sfințenie.

Zece ani de activitate este un timp relativ scurt, totuși am putut depune în acest interval de timp o muncă intensă în folosul sănătății națiunii.

S'au perindat în decursul anilor bucurii, mulțumiri sufletești și multe necazuri, și maestrul nostru se bucura de succesele noastre și avea întotdeauna un cuvânt de îmbărbătare și îndrumare, când ne vedea descurajați din cauza obstacolelor pe care ni se părea că le găsim în drumul nostru.

Se vor întreba poate unii, care este rostul acestui articol, în care noi arătăm activitatea acestui serviciu în ultimii zece ani.

Raportul nostru de activitate vrea să fie înainte de toate un omagiu de recunoștință pentru școala din Cluj și pentru profesorul Tătaru; pentru școala din București, pentru decanul nostru, profesorul Nicolau și distinșii săi colaboratori, care ne-au primit totdeauna cu brațele deschise dându-ne tot ajutorul când îl solicitam; pentru memoria primilor noștri dascăli din Viena Ehrmann, Finger, Kyrle și Riehl; pentru Ministerul Sănătății și pentru titularii acestui minister, care s'au perindat până în prezent și în deosebi pentru actualul ministru, profesorul P. Tomescu, care a apreciat cu multă bunăvoință străduințele noastre dându-ne un larg sprijin material și moral pentru dezvoltarea spitalului nostru.

Raportul nostru vrea să fie un omagiu pentru toți colegii cu care am colaborat în clinică și în spital, de care ne leagă amintiri de frumoasă și trainică prietenie; pentru medicii dela țară care adeseori în împrejurări nespuse de grele fac muncă de apostoli. Un omagiu în deosebi pentru aceia care au căzut la posturile lor de

luptă: profesorul Mironescu dela Iași, Dr. Anghelovici, Dr. Gh. Șerban, medic primar dela Spitalul de Stat din Arad, prieten neuitat și Dr. A. Bănciu, conferențiar la Clinica Dermatologică din București, de care speciali-



Spitalul de Boli Sociale din Brașov.

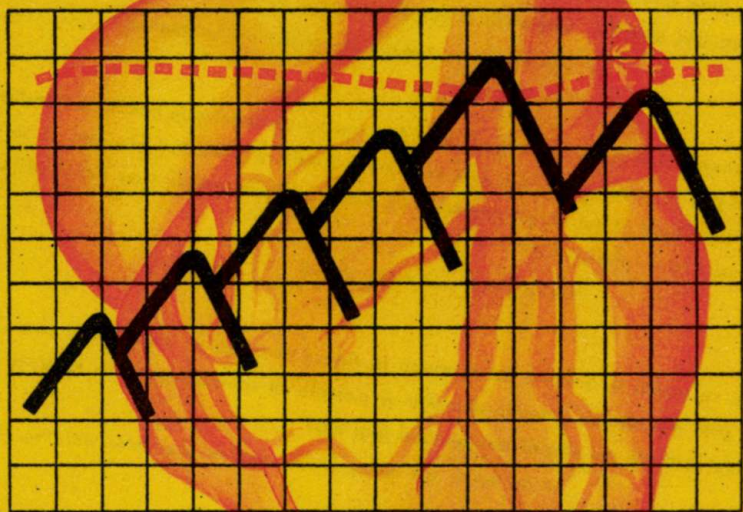
tatea noastră lega atâtea speranțe pentru viitor. Omagiu pentru toți aceia care ne-au ajutat în străduințele noastre.

Credem că prezintă un interes deosebit nu numai pentru specialist ci și pentru igienist și pentru orice medic, să arătăm activitatea unui spital de specialitate, să facem o statistică a sifilisului și a bolilor venerice pe un timp de zece ani, să arătăm rolul social important al acestor spitale sau servicii de specialitate, să studiem statistic situația bolilor venerice dar mai ales a sifilisului într'un oraș industrial care numără aproape 40.000 muncitori, cum este Brașovul, să arătăm creșterea procentuală a acestor boli în raport cu războiul, iată considerațiunile care ne-au determinat să dăm curs acestei lucrări.

Înainte de a trece la studiul statistic, vom face o scurtă trecere în revistă a istoricului acestui spital, care la înființare era numai o secție de specialitate a Spitalului Gh. Mârzescu.

Secția de boli de piele, venerice și sifilis a fost înființată la Brașov, la data de 1 Ianuarie 1927, la in-

**) Lucrarea de față a fost concepută și redactată înaintea apariției Legii pentru combaterea bolilor venerice. Cele mai multe din dezideratele noastre au fost semnalate de noi prin diferite rapoarte anterioare și suntem fericiți că legea actuală a prevăzut aproape totalitatea lor, făcându-se un mare pas înainte în lupta pentru combaterea bolilor venerice, și dacă fiecare va depune energie și voință în aplicarea ei, suntem convinși că în câțiva ani situația se va ameliora și va duce la o stingere a veneriilor.*



Cardiotonicul

Scilloral

bine tolerat, cu efect ușor de
dirijat în tratamentul insuficienței
cardiace și al anginei pectorale

„Scilloral este bine tolerat, stabilizat la o valoare de eficacitate constantă, face să ajungă repede în intestin substanțele eficace pentru rezorbție și are o caracteristică rapidă eliminare pentru glicosizii de al doilea ordin, după W. Straub. Din aceasta reiese posibilitatea să se aprofundeze rapid un efect sau să-l lăsăm să se termine, astfel că se dirijează gradul efectului după cum pretinde fiecare caz în parte.”

Ludwig und Schneider, Klin. Wschr. 1935/5.

„Cu toate că aproape toți bolnavii care au nevoie de o terapie cardiotonică pot fi tratați cu Scilloral, consider medicamentul în deosebi de indicat în acele cazuri în care la restabilirea activității inimii prin Strofantin, părăsesc terapia intravenoasă și trebuie înlocuită cu una enterală. Tocmai în acest fel de cazuri Scilloral s'a comportat excelent.”

v. Jagic und Flaum, Therapie der Herzkrankheiten, Pag. 62.

„S'a dovedit că la pacienții care părăsesc tratamentul de spital este posibil și folositor să se dea pur și simplu prescripții precise pentru dozare și înăluntru acestora să se lase pacienților mână liberă. Acest procedeu s'a valorificat extraordinar și ar trebui să fie recomandat cu tot dinadinsul.”

Kahlen, Dtsch. med. Wschr. 1939/45.

„Mai cu seamă în Scilloral am cunoscut în timpul din urmă un medicament care s'a distins prin efectul său, diuretic deosebit și permite să compenseze chiar și grave insuficiențe cardiace ale vârstei fără ajutorul digitalei.”

Müller-Deham, Die inneren Erkrankungen im Alter. Wien 1937, Pag. 106.

„Scilloral poate fi instituit la toate indicațiunile pentru digitalizarea orală, chiar și pentru tratamentul celor mai grave cazuri, mai cu seamă atât timp cât nu este nevoie de o introducere intravenoasă de glicosizi. În anumite situații sau cerințe (Aritmie absolută, digitalizare relaxată, digitalizare cronică) s'a dovedit în deosebi de indicat.”

Ludwig, Dtsch. med. Wschr. 1936/6.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT **BRACKWEDE i. W.**
CHEMISCHE FABRIK

DEPOZIT PERMANENT:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Str. Sf. Ionică 8, BUCUREȘTI

STENOPITAN

Extract total de hipofiză în concentrație de $\frac{1}{8}$

Preparat indicat cu precădere în tratamentul biologic a următoarelor sindrome:

Oboseala cerebrală, surmenajul intelectual, astenie, hipotonie cardio-vasculară în genere și îndeosebi a infecțiunilor

Atonie gastro-intestinală și a veziculei biliare

Atonie vezicală, Hipotensiune, Insomnie

Întârziere în dezvoltarea intelectuală a copiilor

Cefalee post-puncțională, Epilepsie, Miastenie

Ambalaje à 30 dragele à 0.05 gr.

LABORATORUL CRINOTERAPIC

Reprezentanța Generală

„UZINELE SANITARE PAULESCU-GEROTA-SUMULEANU“

Soc. cooperativă

București, Calea Griviței Nr. 67 - Telefon 4.98.08

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Golescu 15, București III



Somniferul cu efect sigur

chiar și în doze mici
(1/2 tabletă), somn recon-
fortant și o deșteptare
înviorătoare cu

QUADRO-NOX



ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

Literatură și eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8, București

sistențele d-lui docent Dr. L. Câmpănu, directorul de atunci al spitalului.

Secția avea la început o capacitate de 25 paturi și funcționa în două camere ale spitalului vechiu, având și o cameră de tratament. Deși rudimentară, această secție a adus servicii frumoase, izolând numeroase cazuri contagioase și aducând alinare multor bolnavi cu afecțiuni grave de piele, care altfel nu ar fi putut beneficia de un tratament special.

Primul medic primar al acestei secții a fost Dr. Emil Colbazi, numit în mod provizor chiar la înființarea secției (1 Ianuarie 1927) și funcționând în această calitate până în Noemvrie 1928. În acest an a fost numit medic primar Dr. Aurel Voina, docent universitar și distins specialist, cunoscut mai ales prin scrierile de propagandă pentru combaterea bolilor venerice. Domnia Sa a funcționat în această calitate până în 1932, când în luna August a revenit Dr. Emil Colbazi, care de atunci conduce secția, apoi spitalul.

Dela înființare și până astăzi au funcționat ca medici secundari la această secție:

- I. Dr. Victor Munteanu (1928-1932).
- II. Dr. Aneta Dumitrescu (22 XII. 1932 - 15 IX. 1933 onorifică; 15 IX. 1933-1 XI. 1937 numită).
- III. Dr. Ileana Gabor (1 XI. 1937-30 III. 1940).
- IV. Dr. Alexandrina Gherasim (1 IX. 1940-1 I. 1941).
- V. Dr. Ioan Punga (1 I. 1940 - 31 VIII. 1941).
- VI. Dr. Moise Mihăilescu (1 IX. 1941-31 V. 1942).
- VII. Dr. Emil I. Bologa (dela 1 VI. 1942 până în prezent).

A mai funcționat ca medic intern onorific Dr. A. Keri din 1934-1942.

Secția a funcționat la Spitalul Gh. Mărzescu vechiu până la terminarea clădirii Spitalului Gh. Mărzescu nou (1. I. 1930), când s'a mutat în noul local împreună cu secția chirurgicală. În acest spital secția dermato-venerică a primit două camere mari și o cameră de rezervă, având o capacitate de 50 paturi.

Chiar dela început s'a putut constata că acest spital nu corespundea cu necesitățile unei secții dermato-venerice. Bolnavii venerici sgomotoși, adeseori nedisciplinați, turburau liniștea bolnavilor chirurgicali. Prostituatele erau spitalizate în aceeași cameră cu celelalte bolnave și adeseori fete tinere chiar dela țară, tratate în spital pentru boli de piele, reveniau mai târziu ca prostituate, bolnave, suferind influența nefastă a prostituatelor profesioniste în cursul șederii lor în spital.

În decursul anilor ce au urmat s'au făcut nenumărate rapoarte și intervenții, în care se arăta situația secției, cerându-se mutarea în spitalul vechiu, toate însă au rămas fără rezultat.

În anul 1937, cu ocazia unei inspecții, ministrul de atunci al Sănătății, d-l medic general N. Marinescu, nemulțumit cu situația pe care a găsit-o, a dispus imediat mutarea a secției de boli de piele și venerice în localul Spitalului Mărzescu vechiu, precum și izolarea prostituatelor în pavilionul din fundul curții, Secția ginecologică dela Spitalul Mărzescu vechiu fiind mutată în clădirea spitalului de ochi, iar Secția de Boli interne trecând la Spitalul Mărzescu nou.

Odată cu militarizarea Spitalului Mărzescu nou - care s'a făcut în anul 1941, imediat după începerea războiului, purtând titlul de Spitalul Zonă Interioară Nr. 169 - avându-se în vedere numărul mare de răniți în Secția Chirurgicală, Secția Medicală condusă de d-l medic primar Dr. Ariton Ioan, a fost mutată în pavilionul prostituatelor dela Spitalul Mărzescu vechiu unde a funcționat până la data de 1 Ian. 1942.

Avându-se în vedere că Municipiul Brașov nu dispunea de niciun spital pentru internarea bolnavilor pulmonari, am pus la dispoziția secției de boli pulmonare, Pavilionul, în care a funcționat acest serviciu sub conducerea d-lui Dr. Șerban Opreșescu, până la terminarea Spitalului de Boli Pulmonare, care a fost inaugurat la data de 6 Septemvrie 1943, dată când Secția de Boli Pulmonare se mută din clădirea Spitalului Mărzescu vechiu.

* * *

Clădirea în care se găsește Secția Dermato-venerică (și care dela 1 Aprilie 1942 poartă numele de „Spitalul de Boli Sociale”) datează din anul 1845, când servia ca local de cazarmă. Regimentul fiind mutat din oraș, clădirea se transformă în spital al orașului (vezi amănunte în valoroasa lucrare: Dr. Eduard Gusbeth „Zur Geschichte der Sanitäts-Verhältnisse in Kronstadt” apărută în anul 1884).

Spitalul local se afla pe strada Ecaterinei, într-o clădire pe care Sam. Abraham o vinde foarte avantajos orașului în anul 1839, cu condiția de a amenaja în ea un spital. Cumpărarea acestei clădiri s'a făcut în anul 1840 și în anul 1845 se termină transformările și amenajările necesare.

În ziua de 12 Martie 1872 consilierul Fr. R. Neugeboren aduse la cunoștința Comunității vestea îmbucurătoare, că o persoană „care nu dorește în prezent să-i fie divulgat numele”, va dona comunei Brașov 5000 galbeni pentru a continua transformările și reparațiile spitalului local. În curând misterul fiind desvăluit, se află că donatoarea era *Maria Hagi Ghenovici*, văduva lui Iordan Hagi Ghenovici. În scrisoarea de cedare („Codicil”) Maria Hagi Ghenovici constată insuficiența spitalului pentru oraș intenționând a clădi o aripă nouă. În vederea acestora consultă și specialiști, făcând preliminarile de cheltuieli. Suma donată care

era de 5000 galbeni, servia pentru clădirea acestui spital (sau mai bine zis a aripei noi a spitalului), în care vor fi primiți, după cum dorește donatoarea, bolnavi, indiferent de naționalitate și religie. Pentru aducerea la îndeplinire a acestui plan, Maria Hagi Ghenovici împuternicea pe consilierul Fr. Neugeboren, căruia îi dase și suma de bani. În cazul că nu ar supraviețui terminării acestui spital, donatoarea cerea ca la intrare să se eternizeze pe o placă numele soțului și al ei, ca întemeietorii acestui așezământ spitalicesc. Această inscripție există și astăzi la intrarea în aripa nouă a spitalului:

„Donatiunea Maria și Iordan Hagi Ghenovici”

Codicilul de donare a fost scris cu mână proprie în ziua de 7 Martie 1872 în prezența a trei martori: Notarul public Carol Konrad, Gustav von Remeyk și F. Maager. La dorința donatoarei lucrările au fost amânate trei ani de zile, după care au mai fost amânate de vreo câteva ori până în ziua de 28 Aprilie 1882, când Maria Hagi Ghenovici dăruiește comunei prin nepotul ei Constantin Anghelescu, bancher, suma de 2170 napoleoni aur, care sunt dați primarului de atunci Franz von Brennerberg ca acout dîn donație.

Printr'un alt contract Maria Hagi Ghenovici lasă comunei în folosul spitalului, casa de pe Livada Poștei dela Nr. 677.

La 13 Iulie același an, se alege o comisie de șase persoane, care avea să controleze și să supravegheze bunul mers al lucrărilor care începuseră. Din această comisie făcea parte: Carl Jacobi, Inginer P. Bartsch, Dr. Cioranu, Dr. Fabricius, Dr. Gusbeth și comerciantul Vasady. În 7 Ianuarie 1884, se vinde prin licitație casa de pe Livada Poștei pentru suma de 3105 florini, bani care se depun la Banca „Albina”.

* * *

Astăzi spitalul cuprinde clădirea veche (fosta cazarmă) plus aripa nouă clădită din donația văduvei Maria Hagi Ghenovici și un pavilion în fundul curții (clădit la 1881). Clădirea principală a spitalului se află în strada Șirul Gh. Dima Nr. 1, sub denumirea de „Spitalul de Boli Sociale”.

Spitalul are un număr de 100 paturi repartizate în cele două clădiri (clădirea principală și pavilionul), pentru bărbați 70, iar pentru femei 30 paturi.

La început secția era rudimentară înzestrată, fără mijloace de diagnostic și tratament. În decursul anilor s'au adus importante îmbunătățiri. S'a instalat înainte de toate un ultramicroscop, s'a cumpărat o diatermie, un aparat de raze ultrascurte și alte instrumente necesare specialității noastre, toate acestea din încasările pe care le făceam la tratamentul seral al bolnavilor.

În momentul mutării secției noastre în acest spital, clădirea era într-o stare deplorabilă, căreia de mulți ani de zile nu i s'au făcut reparații radicale de care ar fi avut mare nevoie, ci s'au făcut numai mici ameliorări de suprafață, așa, încât un ministru, cu ocazia unei inspecții a comparat-o cu o „pușcărie sinistă”. De atunci și în decursul anilor s'au adus îmbunătățiri remarcabile.

Trebue să mulțumim în deosebi d-lui Dr. Ulpiu Ștefan, medicul șef al Municipiului, care ne-a ajutat în cele mai grele timpuri cu sume importante din fondul sanitar. Ținem să mulțumim d-lui Gh. Căteanu, fostul primar al Brașovului, care a înzestrat spitalul cu 50 paturi noi, cu 50 păaturi și a contribuit cu o sumă importantă la reparațiile strict necesare. Ne facem de asemenea o plăcută datorie de a aduce mulțumirile noastre d-lui Secretar general, profesor Dr. I. Stoichiția, pe atunci Inspector general sanitar la Sibiu; d-lui Inspector general sanitar regional Dr. I. Cosma și d-lui Medic șef de județ Dr. Pompiliu Nistor, actualul Inspector general sanitar, precum și d-lui Medic șef de județ actual Dr. M. Crețu, pentru tot sprijinul pe care ni l-au dat în decursul anilor.

Spitalul dela 1 Aprilie 1942 are administrație proprie sub conducerea unui Medic Primar Director, cu un Administrator, o subșefă de birou, o impegată și trei supraveghetore. Serviciul medical este condus de un medic primar ajutat de un medic secundar. Ca personal sanitar auxiliar are o soră primară, două infirmiere și un infirmier. Toți aceștia, dar în deosebi administratorul delegat I. Voinescu, actualul administrator delegat I. Rășnoveanu, și d-ra Mereuță, subșefă de birou, au depus mult suflet și multă muncă pentru bunul mers a Spitalului și supravegherea lucrărilor.

Farmacia. Aprovizionarea cu medicamente se face dela farmacia Spitalului Mărzescu, până la data când va lua ființă farmacia centrală - în urma dispoziției D-lui Ministru P. Tomescu - care va deservi toate instituțiile sanitare din oraș și județ.

Internarea bolnavilor se face după aceleași norme ca la celelalte spitale de alte specialități. Cazurile urgente se primesc imediat, urmând ca situația lor să se clarifice ulterior, fie că bolnavul aduce certificat de paupertate, formele de internare dela Casa Asigurărilor Sociale, sau Casa Muncii C.F.R., fie că plătește. Se spitalizează orice bolnav veneric sau cu afecțiuni de piele. Copiii mici sunt primiți cu însoțitori. Prostituatele aduse de Poliție, trimise de Policlinica de Stat condusă de Dr. T. Prișcu, unde li se face vizita periodică, se internează imediat. Medicul semnează în registrul Poliției despre primirea prostituatei bolnave.

Bolnavul care se prezintă la Spital este trecut într'un *Registru de consultații* cu număr curent pe timp de un an. I se prescriu medicamentele necesare sau i

se face tratamentul ambulator la spital, iar dacă este cazul va fi internat. În prezent consultațiile se fac în sala de tratament a spitalului și prin aceasta serviciul suferă, bolnavii externi stând pe coridoarele spitalului. În urma dispoziției dată de D-l Ministru P. Tomescu sperăm că în cel mai apropiat timp să avem un serviciu de consultații cu intrare separată.

Bolnavului internat i se face baie, primește haine de spital, neadmițându-se lenjerie de acasă nici de corp nici de pat. Bolnavul se prezintă în sala de tratament cu foaia de observație clinică pe care o aduce dela birou. Aici este trecut într'un registru mare. *Registru Foi de observație*, în care se scrie foaia de observație completă precum și tratamentul zilnic pe care îl va primi bolnavul în spital. Am întocmit acest registru deoarece foile de observație volante adeseori se pierdeau și ne îngreuiău lucrările noastre statistice, astfel că de când conducem serviciul foaia de observație a oricărui bolnav din oricare an, poate fi găsită cu ușurință în câteva clipe. Tot în acest registru se trec examinările de laborator și eventuale examinări de altă specialitate.

Medicul Primar vizitează zilnic fiecare bolnav, punând indicațiunile terapeutice. După masă între orele 5-6 medicul secundar face contra-vizită. De două ori pe săptămână (Miercuri și Vineri) se face vizita mare, când fiecare bolnav este desbrăcat și controlat în amănunțime. Bolnavii specifici sunt ținuti în spital până la vindecarea completă a leziunilor, fiind îndrumați pentru continuarea tratamentului fie la Casa Asigurărilor Sociale, C.F.R., Policlinica de Stat, Medicii de Circumscripție, etc, unii continuând tratamentul ambulator la spitalul nostru.

Bolnavii dela țară, la care nu avem siguranța unui tratament în continuare, îi ținem în spital până la terminarea unei serii masive.

La plecarea din spital bolnavii aceștia sunt trecuți într'un registru special - *Registru specific* - unde se trece diagnosticul, numărul din registrul foi observații, tratamentul primit, precum și locul unde va urma tratamentul, dându-i-se instrucții pentru continuarea conștiințioasă a tratamentului și arătându-i-se urmările nefaste ale neglijării acestui tratament.

Bolnavii specifici sunt anunțați serviciilor sanitare municipale, județene sau chiar direct medicului de circumscripție printr'un *Anunț de boală socială* (formular Nr. 1) arătându-se diagnosticul, tratamentul primit, reacțiile serologice și dându-se instrucție pentru continuarea tratamentului.

În cazul că bolnavul nu se prezintă la tratament, se anunță instituția la care lucrează, care îi pune în vedere să se prezinte pentru continuarea tratamentului și dacă nici atunci nu o face va fi internat forțat în spital prin Comandamentul Militar al fabricii sau prin Poliție.

Spitalul de Boli Sociale Brașov
Medic Primar Director
Dr. Emil Colbazi

Nr. din

ANUNȚ DE BOALĂ SOCIALĂ

..... de profesie
domiciliat în comuna strada
Nr., a fost internat în secția noastră cu diagnosticul
..... dela până la
și a primit următorul tratament :
.....
reacția serologică și examenul bacteriologic
.....
Se recomandă

Medic primar, Director

Către Serviciul Sanitar

Formular Nr. 1

Deoarece cu toate anunțurile sociale s'au întâmplat cazuri în care bolnavii au scăpat controlului medical - venind adeseori cu recidive pentru o nouă internare - am introdus un nou registru - *Registru control* - unde se trece fiecare bolnav specific și din trei în trei luni se fac adrese către medicii curanți pentru a controla dacă bolnavul se supune tratamentului, trimițându-i-se o adresă tip (formular Nr. 2) prin care se întreabă dacă bolnavul urmează tratamentul. Acestei adrese i se alătură un formular simplu (formular Nr. 3) în care medicul ne anunță dacă bolnavul urmează sau nu tratamentul, urmând ca în cazul că nu-l continuă să-l urmărim mai departe. Dacă bolnavul aparține unei fabrici, instituții, etc. și nu se supune tratamentului, îl somăm printr'o adresă confidențială, iar dacă nu se supune anunțăm autoritatea lui superioară.

Spitalul de Boli Sociale Brașov
Medic Primar Director
Dr. Emil Colbazi

Nr. din

Cu onoare vă rugăm a ne comunica dacă bolnavul

.....
internat în spitalul nostru
cu diagnosticul
și care urma să continue tratamentul la
se supune regulat acestui tratament, pentru a putea lua în caz contrar măsurile dictate de lege :

Medic primar, Director

Către

Formular Nr. 2

Nr. din

Nr. din

Către

SPITALUL DE BOLI SOCIALE

BRAȘOV

Bolnav

urmează, — nu urmează — regulat tratamentul

.....

Semnătura

Formular Nr. 3

Prostituatele aduse de Poliție sunt ținute în spital până la completa vindecare, fiind utilizate la lucru în interiorul spitalului.

Bolnavii Asigurărilor Sociale și C. F. R. sunt spitalizați la clasa II și numai pe timpul necesar (până la dispariția leziunilor) fiind îndrumați pentru continuarea tratamentului la Ambulator, la secțiile de specialitate.

Mâncarea bolnavilor este gustată înainte de distribuire de către medicul secundar sau primar, care notează într'un registru special eventualele observațiuni.

La plecare, bolnavul primește la mână buletinul de eșire pe care se notează timpul spitalizării, diagnosticul, iar la sifilitici tratamentul administrat (în grame pentru neosalvarsan — în centigrame pentru bismut și cianură) și data ultimei injecții. Acest act servește medicului de fabrică, Asigurări, C. F. R., Circumscripție, etc., pentru a putea continua tratamentul până la terminarea seriei respective. Bolnavul mai primește și o broșură cu sfaturi practice pentru apărarea contra bolilor venerice.

Deși clădirea spitalului este în parte veche de peste 100 ani, serviciile s'au putut repartiza într'un mod mulțumitor, având la parter administrația, imediat lângă intrarea principală, iar în stânga locuința portarului, bucătăria, magazia de alimente, locuințe de personal, atelierul de lenjerie și croitorie, un atelier de tâmplărie și mecanică, precum și arhiva spitalului. La etajul I al aripei noi se găsește sala de consultație și tratamente unde se păstrează registrele. Anexat la aceasta, o cameră mică care servește ca depozit de medicamente pentru aparat. Alături sala de operație și fizioterapie separată de sala de tratament printr'un antreu spațios. În sala de operație se face și micro și ultramicroscopia, fizioterapia și intervențiile chirurgicale aparținătoare specialității noastre. Tot la etaj se mai găsesc: locuința supraveghetoarei, două saloane clasa I, două saloane clasa II, baia pentru bolnavi, closetul și un mic oficiu.

Chestiunile mici de laborator se fac în spital, iar reacția Wassermann la Laboratorul de Igienă din localitate, sângele recoltându-se în spital dela toți bolnavii,

indiferent de boala cu care este internat, putând astfel depista adeseori un sifilis tănuț, uitat sau ignorat.

În toate cazurile de sifilis facem și examenul lichidului cefalorahidian pentru a putea depista din timp eventualele leziuni ale sistemului nervos. Medicul șef al Laboratorului Dr. N. Căliman ne-a arătat totdeauna cea mai mare bunăvoință și mult interes, deplasându-se adeseori la spitalul nostru pentru examinări și recoltări de materiale la patul bolnavului. Ne facem o plăcută datorie să-i aducem pentru prețiosul concurs mulțumirile noastre.

Biopsiile se expediază prin poștă la Institutul de Anatomie Patologică al Facultății de Medicină din Cluj (iar acum la Sibiu), care ne trimite răspunsul cu toată promptitudinea, făcând examinările gratuit pentru bolnavii de clasa III. Domnului Director al Institutului, Profesor Doctor T. Vasiliu respectuoasele noastre mulțumiri.

În aripa veche (fosta cazarmă) avem biroul Medicului primar, locuința medicului secundar, un salon pentru copii (pentru dermatomicoze) și trei saloane clasa III, două locuințe, un oficiu pentru distribuirea mâncării, o magazie de efecte, un closet pentru bolnavi și baia pentru personal. Pe cât e posibil bolnavii se clasează pe saloane după afecțiunile de care suferă.

Clădirea principală are un pod pe care îl utilizăm ca uscătorie pentru rufe și o pivniță pentru alimente și zarzavaturi.

În pavilionul din curte (care va fi ocupat numai de femei), avem cinci saloane pentru bolnave cu o capacitate până la 35 paturi, o cameră pentru personal, un oficiu pentru distribuirea mâncării și o baie cu closet.

În aripa dreaptă a spitalului avem spălătoria, o locuință și două camere pentru morgă. În aripa stângă a spitalului mai multe magazine de efecte reformă și alimente, precum și grajdul.

Până la scindarea spitalului, administrația era comună pentru Spitalul Mărzescu nou și vechi și toate veniturile erau întrebuințate mai mult pentru Spitalul Mărzescu nou. Odată cu scindarea și cu intrarea în vigoare a legii D-lui Ministru Tomescu, prin care veniturile spitalelor se administrează și întrebuințează pentru îmbunătățirea acestora, începe o eră de prosperitate a spitalelor, astfel că și Spitalul de Boli Sociale arată o tendință vădită spre progres.

În primăvara anului 1942 se repară radical pavilionul punându-se plăci de gresie și faianță, reparându-se ușile, ferestrele și acoperișul, pentru a putea găzdui secția de boli pulmonare nou înființată de Minister, care a funcționat la spital până la data de 8 Septembrie 1943.

În toamna aceluiași an s'au început reparații mari la clădirea principală a spitalului și cu cât lucrările înaintau, cu atât trebuiau făcute noi devize suplimentare.

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiilor gono-
cocice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.
Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.
Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;
apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până
la defervescență, dar maximum 8 g.
(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se
reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și
 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate
Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România:

M. R. Leclerc, București, str. Ruginoasă 1

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU

București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

tare, deoarece mereu se găseau stări de lucruri care trebuiau necondiționat schimbate, altfel compromițând trăinicia clădirii.

Până la 1 Ianuarie 1943 s'a cheltuit suma de 1.685.600~ Lei, care a fost acoperită în parte de subvenția acordată de D-l Medic Șef al Municipiului din fondul sanitar local în sumă de 131.5000~ Lei (din care s'a reparat morga), iar restul din veniturile proprii, sub-

TABELA Nr. 1

Situția bolnavilor internați în spital dela 1 Ian. 1933—1 Ian. 1943							
Anul	Bărbați		Femei		Total		Diferența
	Nr. crt. registru	Nr. total internări	Nr. crt. registru	Nr. total internări	Nr. crt. registru	Nr. total internări	
1933	368	398	199	241	567	639	72
1934	384	406	197	237	581	643	62
1935	346	365	174	206	520	571	51
1936	402	415	175	186	577	601	24
1937	465	482	221	255	686	737	51
1938	472	489	336	395	808	884	76
1939	490	516	355	417	845	933	88
1940	485	510	400	459	883	969	86
1941	579	599	312	375	891	974	83
1942	744	786	394	446	1138	1232	94
	4733	4966	2763	3217	7496	8183	687
Cifra reală a bolnavilor internați în spital	4966 233 internați de mai multe ori		3217 454 internați de mai multe ori		8183 687 internați de mai multe ori		

venția de 1.800.000.~Lei dată de Ministerul Sănătății și un împrumut de 2.000.000~ Lei, luat dala Casa de Depuneri prin Ministerul Sănătății, în cursul anului 1942.

Repartizarea cheltuielilor s'a făcut astfel:

Reparația pavilionului Lei 672.000
 Costul introducerii gazului metan Lei 721.000
 Reparația sălii de operație Lei 65.000
 Confectionarea de mobilier pt. pavilion . . Lei 81.900
 Reparația gangului dela bucătărie Lei 145.709

Total Lei 1.685.600

Această sumă de 1.685.600~Lei a fost constituită din fondurile proprii ale spitalului. Restul de 1.800.000.~Lei + 2.000.000~ Lei au constituit fond de reparații, plătitându-se acout în anul 1942 până la 1 Ianuarie 1943 suma de 3.784.872~ Lei D-lui Inginer Micu care a luat lucrarea generală în valoare totală de Lei 5.402.000.

Dela începutul lucrărilor și până la 1 Ianuarie 1943 au fost executate următoarele reparații și renovări mai importante: reparația pavilionului, introducerea gazului metan, confectionarea de mobilier pentru pavilion,

reparația sălii de operație (plăci de gresie și faianță), a sălii de tratament (faianță) și a closetului din aripa nouă (gresie și faianță).

Studiul statistic

Având la dispoziție un material destul de bogat (8183 cazuri), credem că putem trage toate concluziile statistice pentru a putea astfel scoate în evidență rolul important al acestor spitale și servicii de specialitate pe de o parte, fără a trece cu vederea observațiuni importante și interesante referitoare la specialitatea noastră.

TABELA Nr. II

Situția bolnavilor consultați dela 1 Ian. 1933—1 Ian. 1943		
Anul	Nr. de bolnavi înregistrați	Nr. total al consultațiilor
1933	1170	2575
1934	1351	3208
1935	1183	3052
1936	1224	3536
1937	1809	2618
1938	1662	4038
1939	1682	4354
1940	1567	3651
1941	1461	3910
1942	2295	4186
Total pe zece ani	15.404	35 128

În interval de zece ani (1 Ianuarie 1933 ~ 1 Ianuarie 1943) asupra căreia se extinde statistica noastră, au fost înregistrați la serviciul de consultații 15.404 bolnavi, dintre care 8183 au fost internați în spital, iar restul tratați ambulatoric, realizându-se un total de 35.128 consultații. Situația bolnavilor internați reese din tabela Nr. 1.

Se poate observa o creștere în general moderată a bolilor de piele pe lângă o creștere mai bruscă a bolilor venerice și a sifilisului în ultimii trei ani. Această creștere corespunde cronologic cu concentrările, intrarea în războiu și cu înmulțirea brațelor de muncă la marile industrii de armament din acest oraș.

Factorului războiu care știm și din studiile făcute în războiul mondial și toate celelalte războaie că provoacă o creștere procentuală a bolilor în general și a celor venerice în special, se adaugă în deosebi „restaurantele și barurile” din cartierele muncitorești, care în cea mai mare parte sunt cuiburile prostituției clandestine și din nenorocire sunt tot mai mult frecventate de către muncitori.

Din tabela Nr. 3 se observă, că această creștere a numărului de sifilitici este proporțional mai mare la femei. Explicația pe care o credem a o da acestui fapt, este creșterea numerică a prostituatelor clandestine, care scapă controlului sanitar și care sunt prinse cu ocazia raziilor, pe care noi vrem să le intensificăm îndată ce ne va sta la dispoziție pavilionul menit pentru internarea lor. La acestea se adaugă și numărul destul de impresionant al femeilor sifilitice, infectate de soții lor veniți în concediu dela armată.

TABELA Nr. III

Nr. crt.	BOALA		Total pe sex		Total pe 10 ani
			Bărb.	Fem.	
1	SIFILIS	I Sero-negativ	138	18	156
		I Sero-pozitiv	204	59	263
		I Perigenital	7	13	20
		I Extragenital	2	5	7
		I Mixt	60	12	72
		Reindurație	2	—	2
		I II Primo-secundar	59	17	76
		II Secundar	241	373	614
		III Terțiar	19	33	52
		IV Nervos	28	12	40
		Latent	258	522	780
		Ereditar	8	9	17
		Visceral	2	—	2
Total		1028	1073	2101	
2	Blenoragie	Cu complicații	807	93	900
		Fără complicații	302	422	724
		Total	1109	515	1624
3	Șancru moale	544	114	658	
4	Alte boli venerice	629	231	860	
Total general pe 10 ani			3310	1933	5243

Credem că este bine să insistăm asupra unui fapt, care în armata franceză și germană a dat rezultatele cele mai bune — și anume acela — al examinării minuțioase a tuturor soldaților când se prezintă și pleacă dela unitățile P. S., precum și o examinare foarte severă făcută de un specialist experimentat la punctele de intrare în țară, pe unde se scurg cei veniți de pe câmpul de luptă.

În anamneza multor femei sifilitice internate în spital sau tratate ambulator se poate citi: „este dela bărbatul meu întors de pe front în concediu“.

Adeseori este vorba despre femei în vârstă cu necazuri și cu copii.

După cum poate reese mai evident din planșa Nr. 6, numărul venericilor și sifiliticilor a crescut impresionant și îngrijorător în anul 1941 și 1942. La această mai trebuie adăugat și numărul extrem de mare al celor ce nu se supun examenului medical, precum și cifrele îngrijorătoare pe care le înfățișează statistica anului 1943 în care din 1336 bolnavi între nați 400 sunt sifilitici ceea ce reprezintă un procent de aproximativ 30%.

TABELA Nr. IV

Ani	Sifilis și alte boli venerice	
	Bărbați	Femei
0—5	0,9 %	1,08 %
5—10	0,9 %	2,8 %
10—15	0,9 %	4,1 %
15—20	19 %	37 %
20—25	24 %	25 %
25—30	22 %	14 %
30—35	12 %	5,1 %
35—40	7 %	3,7 %
40—45	3 %	1,6 %
45—50	2,5 %	0,9 %
50—55	1,8 %	0,9 %
55—60	1,1 %	0,3 %
60—65	0,6 %	0,1 %
65—70	0,4 %	0,05 %
70—75	0,1 %	—
75—80	0,06 %	—
80—85	—	—
85—90	—	—
90—100	—	—

Având în vedere proporțiile bolilor venerice și mai ales a sifilisului în ultimii trei ani, noi am înaintat repetate rapoarte locurilor în drept (Minister, Direcția Generală a Asigurărilor Sociale, Serviciile Sanitare județean și municipal), atrăgând atenția asupra catastrofei care ne amenință. Tot pentru acest motiv am început cu D-l Medic Șef al Municipiului Brașov, — deplasându-ne în deosebi la marile uzine din localitate și județ, — ținerea unor conferințe însoțite de filme și diapozitive impresionante, făcându-se după conferințe examinarea medicală a celor care voiau să ne ceară sfaturi. În cinematografele din localitate s-au ținut conferințe repetate pentru marele public, soldați (și mai ales pentru recruți), elevi, ucenici și muncitori. Fiecărui participant i s'a distribuit o broșură în care i se arăta pericolul bolilor venerice. La aceste conferințe au luat parte peste 20.000 muncitori și rezultatele au fost mulțumitoare,

deoarece în urma acestor conferințe mulți se prezentau la „postul nostru de îndrumare” pentru a primi sfaturi și îndrumări. Alți bolnavi veneau direct la medic, nu mai mergeau la farmacie sau în altă parte, astfel că în multe cazuri (după cum reiese din tabela Nr. 3) am reușit să surprindem sifilisul în faza lui seronegativă (156 bolnavi).

Credem că este locul să insistăm asupra importanței mari pe care o reprezintă examinarea ultramicroscopică în cazul oricărei leziuni genitale, precum și asupra necesității înzestrării fiecărui serviciu de specialitate și ambulator de boli venerice cu acest prețios și important aparat, care s'ar amortiza foarte repede. Credem că ar fi bine ca medicii de Circumscripție, în deosebi aceia la mari distanțe de orașe, respectiv spitale, să fie înzestrați cu câte un ultramicroscop, depistarea cazurilor de sifilis în faza lor seronegativă prin reducerea mare a timpului de tratament și a medicamentelor, amortizând în scurt timp banii investiți.

În serviciul nostru am reușit să surprindem în faza seronegativă 138 bărbați și 18 femei.

Trebue să insistăm mai ales asupra clinicii sifilomului primar, care în foarte multe cazuri nu se prezintă sub forma sifilomului tipic, descris în tratatele de specialitate, ci sub forma unei eroziuni simple fără caractere speciale, ca o balanită erosivă, s'au asociat cu un șancru moale (șancru mixt). De aceea trebue să insistăm încă odată asupra extremei importanțe a examinării ultramicroscopice a oricărei leziuni genitale și în special dacă acestea se prezintă în urma unui contact sexual.

În ceea ce privește serviciul nostru, noi am rămas credincioși școlii clujene a profesorului Tătaru, făcând examenul ultramicroscopic tuturor bolnavilor cu leziuni genitale, iar în cazul că găsim ganglioni suspecti, practicăm puncția ganglionară, reușind uneori să punem în evidență treponema palidă în ganglioni.

În anul 1941 au fost 200 cazuri de sifilis, iar în 1942 au fost 300, pentru ca în 1943 să atingem cifra de 400.

Concludența cifrelor ne scutește de orice comentarii.

În ceea ce privește blenoragia, din totalul de 5243 cazuri de boli venerice din ultimii zece ani, reprezintă un număr de 1624, clasându-se astfel ca frecvență imediat după sifilis (vezi planșa Nr. 3). Referitor la complicații este interesant de observat că din 1109 bărbați - 807 prezintă complicații, în timp ce din 515 femei cu blenoragie nu prezintă complicații decât 39, 422 evoluând fără complicații. Faptul că aceste complicații sunt mai frecvente la bărbații internați în spital, nu spune că ele ar fi mult mai frecvente la bărbați ca la femei, explicând doar că bărbații fără complicații

se tratează ambulator. Bolnavii blenoragici fără complicații din localitate nu-i primim în spital decât în mod excepțional. Se primesc lucrătorii din industriile alimentare, chelnerii și vânzătorii din prăvăliile cu alimente. Bolavii dela țară, unde știm că nu au posibilitate să se trateze, sunt primiți îndată ce se constată prezența gonococului. Complicațiile la femei trec adeseori la serviciul de ginecologie. Majoritatea sdrobitoare a femeilor cu blenoragie au constituit-o prostituatele înregistrate, dar mai ales cele clandestine prinse cu ocazia diferitelor razii și internate forțat în spital.

În ceea ce privește vârsta bolnavilor venerici cei mai numeroși se recrutează la bărbați între 15-25 ani, iar la femei între 20-30 ani (după cum reiese din tabela Nr. 4), deci în epoca genitală cea mai fecundă. În blenoragie putem constata o reducere îmbucurătoare a complicațiilor, care coincide de sigur cu utilizarea terapeutică a preparatelor sulfoanamidice (eleudron, albucid, cibasol, gonopneumocid, etc.

* * *

Bolile de piele reprezintă din totalul bolnavilor internați - mai puțin decât o treime.

Din totalul de 7496 bolnavi internați în spital (cifra reală scăzând deci din totalul de 8183 bolnavi internați pe cei 687 internați în repetate rânduri - vezi tabela Nr. 1) dela 1 Ianuarie 1933 - 1 Ianuarie 1943 :

2253 au fost suferinzi de boli de piele, 1423 bărbați și 830 femei).

2101 au fost sifilitici (1028 bărbați și 1073 femei).

3142 au fost venerici (2282 bărbați și 860 femei).

Printre cele mai frecvente boli de piele trebue să amintim în primul rând *eczema* (553 cazuri), mai frecventă la bărbați, la care am putut observa mai ales eczeme profesionale.

Combustii (362 cazuri), în cea mai mare parte accidente de lucru în fabrici și accidente în gospodărie prin întrebuițarea aparatelor „Primus”.

Scabia (408 cazuri). Cu mult mai frecventă la bărbați.

Piodermii (88 cazuri), *impetigo contagios* (51), *furunculoză* (58), *ectime* (15), *stafilodermie* (9), toate boli care înmulțindu-se în ultimii doi ani subliniază starea defectuoasă de igienă datorită refugiului și războiului.

Psoriazisul vulgar destul de frecvent se ridică în statistica noastră la 92 cazuri.

Delagra, în total 5 cazuri, un fapt îmbucurător pentru regiunea de unde spitalul nostru își recrutează bolnavii (județul Brașov, Făgăraș, Prahova).

Dermatomicozele : *favus* (46), în majoritatea lor din secuime, din teritoriul cedat și din regiunea Întor-

sura Buzăului și Barcani, *microscorie* (105) și *trico-fitie* (19). Microsporiile le-am recutat în deosebi dela „Preventoriul de Copii Sanțuri” (Satul Lung), unde în două rânduri au fost epidemii, pe care le-am combătut depășându-ne cel puțin odată pe săptămână, izolând pe cei bolnavi și controlând pe ceilalți, reușind astfel în ambele cazuri să stingem repede epidemia. Cazuri sporadice se mai prezintă din când în când, pe acestea însă, conducerea Preventoriului bine inițiată în cunoașterea acestei afecțiuni, le trimite imediat la spital.

TABELA Nr. V

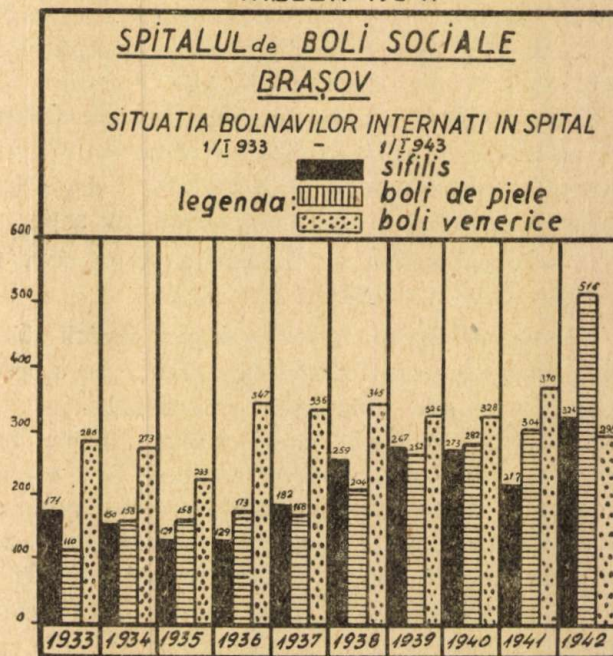
BOLNAVI		1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941	1942
BĂRBAȚI	Boli de piele	73	114	102	112	121	112	147	176	185	353
	Venerice	213	198	177	222	248	240	222	187	291	212
	Sifilis	82	72	67	68	96	120	121	120	103	179
	Total pe an	368	384	346	402	465	472	490	483	579	744
FEMEI	Boli de piele	37	44	56	61	47	92	105	106	119	163
	Venerice	73	75	56	53	88	105	104	141	79	86
	Sifilis	89	78	64	61	86	139	146	153	114	145
	Total pe an	199	197	174	175	221	336	355	400	312	394
Total general		567	581	520	577	686	808	845	883	891	1138

Cazurile de *tuberculoză a pielii* sunt destul de frecvente, prezentându-se de obicei atunci când boala este avansată. Rezultatele noastre terapeutice au fost totuși mulțumitoare, mai ales la bolnavii care au urmat tratament spitalicesc până la vindecare (*lupus vulgar* 47, *lupus eritematos* 16, *lupus spernio* 1, *scrofulo-dermie* 14, *tuberculoză verucoasă* 12) și care se prezentau la timpul indicat de noi pentru control.

Având în vedere marele număr de lupici, care de obicei se prezintă prea târziu pentru tratament, ajungând în fazele ultime, într-o stare care provoacă milă și desgust, se impune înființarea unui *Institut pentru tratamentul lupusului*, amenajat cu tot utilajul modern (cu Finsen, Roentgen, Radium și ateliere pentru diferite meserii, unde bolnavii ar putea fi instruiți pentru însușirea unei meserii, putând totodată achita prin munca produsă de ei taxele de internare și tratament). În acest institut ar fi inernați - prin centralizare - toți bolnavii suferinzi de tuberculoză cutanată din întreaga țară.

Ar întrece de sigur cadrele acestui articol discutarea tratamentului diferitelor afecțiuni cutanate cuprinse în statistica noastră. Noi urmăm calea indicată de Școala din Cluj și București, și ne ținem la curent cu inovațiile terapeutice pe care le aplicăm și încercăm în serviciul nostru. Vrem totuși să insistăm asupra faptului că străduința noastră este de a depista sifilisul în faza lui inițială și repetăm observația noastră referitoare la clinica sifilomului primar, care foarte des nu se prezintă sub aspectul tipic cu toate caracterele cla-

TABELA Nr. VI



sice. De aceea la toate leziunile genitale facem examen ultramicroscopic și odată diagnosticul precizat, căutăm să depistăm sursa de infecție pentru a o putea stinge. Dacă leziunea nu este prea veche începem imediat cu Neosalvarsan, fiind totdeauna bine tolerat, aternând cu injecții cu Cianură de mercur până la dispariția leziunilor și continuând cu Bismut și Neosalvarsan până la terminarea tratamentului.

O deosebită atenție dăm seroreacției Bordet-Wassermann. În caz de seronegativitate, repetăm reacția în primele cinci săptămâni, cel puțin odată pe săptămână, pentru a preveni eventualele surprize - ca pozitivarea reacției în timpul tratamentului - la bolnavii care se prezintă spre sfârșitul perioadei de incubație.

Dacă tratamentul abortiv a reușit, mai facem trei serii de siguranță, iar la șase luni după ultima serie, examenul lichidului cefalo-rachidian.

Trebue să menționăm rezultatele admirabile terapeutice obținute cu *Reticulina M*. În deosebi frapante au fost rezultatele terapeutice în cazurile de toxicodermii postsalvarsanice, unele din ele foarte grave, la care

**In reumatisme, nevralgii, nefrite, calculi renali,
artrite**

SALITINOL

Fiole

Soluție stabilă și complet indolură de:

Fenilchinolincarbonat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de Sodiu 0,50 gr.

Anestezin 0,03 gr.

Injectiuni intramusculare și intravenoase.

SALITINOL

Granule

**Lithium salicilic - Piperazină - Lithium
Benzoic - Hexametilentetramina**

SALITINOL

Pomadă

Metoxyl Anestezină Acid Salicilic - Lanolină

Produse Farmaceutice „GALENO“

Reprezentanța pentru România

„FARMACOPEIA“, București, Telefon 5.58.35, Reg. Com. 263/937



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

am obținut vindecarea completă și o scurtare remarcabilă a timpului de spitalizare. Am mai administrat Reticulina cu rezultate bune în combustii, urticarii și dermatoze alergice, urmând ca să publicăm într-o lucrare viitoare observațiile noastre. Aducem respectuoase mulțumiri d-lui profesor I. Moldovan, pentru cantitatea mare de Reticulină pe care ne-a pus-o în mod absolut gratuit la dispoziție.

În acest interval de timp de 10 ani au fost executate 1794 operații, printre care, ca mai importante, amintim:

- *Circumcizii* (în fimoze, gangrene ale penisului, etc.),
- *Epidări ganglionare* (în Nicolas-Favre),
- *Incizii și raclaj* (în adenite inguinale, abcese, flegmoane, Bartholinita, etc.),
- *Operația lui Tiersch* (ulcere crurale),
- *Diatermocuagulari* (în tuberculoză cutanată, condilome acuminat, veruce vulgare, naevi, papilome, etc.),

Nr. crt.	B O A L A	Total pe zece ani		Total general
		Bărbați	Femei	
1	Acnee vulgară	3	3	6
2	Acanthosis Nigr.	—	1	1
3	Abcese cutanate	2	—	2
4	Bromodermie	—	2	2
5	Combustii	253	109	362
6	Cancer	7	18	25
7	Congelație	36	1	37
8	Crauroză vulv.	—	1	1
9	Dermatită	24	15	39
10	Decubit	—	1	1
11	Diateză exudat.	6	2	8
12	Eczemă	361	192	553
13	Eritrodermie desc.	4	2	6
14	Eritem fox. polim.	1	3	4
15	Eritem exud. mult.	—	5	5
16	Erisipel	3	5	8
17	Eritem nodos	—	9	9
18	Ectime	15	—	15
19	Favus	27	19	46
20	Furunculoză	47	11	58
21	Gangrenă cut.	1	—	1
22	Herpes	2	—	2
23	Hidrosadenită	1	—	1
24	Hidroa vaccin	1	—	1
25	Impetigo contagios	31	20	51
26	Ichtiroză	—	1	1
27	Kerion celsi	2	3	5
28	Lupus vulgar	20	27	47
29	" eritem	7	9	16
30	" pernicio	—	1	1
31	Lichen Ruber Acum.	—	1	1
32	" plan cornos	—	2	2
33	Microsporidie	96	9	105
34	Neurodermită	—	1	1

Nr. crt.	B O A L A	Total pe zece ani		Total general
		Bărbați	Femei	
35	Onicomicoză	1	—	1
36	Piodermie	66	22	88
37	Prurigo herba	—	7	7
38	Psoriază vulgară	69	23	92
39	Prurit vulgar	—	1	1
40	Pemfigus vulgar	5	3	8
41	" foliaceu	—	1	1
42	" vegetant	—	1	1
43	Pitir. rozată Gibert	—	2	2
44	Pediculoză	—	9	16
45	Pelagră	—	5	5
46	Pitiriază verzic.	—	1	1
47	Prurit tenil.	1	—	1
48	Rosacee	1	—	1
49	Scabie	237	171	408
50	Stafilodermie	8	1	9
51	Scrofulogome	2	3	5
52	Seboore	3	—	3
53	Scrofulodermie	13	1	14
54	Strofulus	—	1	1
55	Sicoză parazitara	31	—	31
56	Tricofitie	16	3	19
57	Toxicodermie medicală	—	11	11
58	Tuberculide	1	1	2
59	T. B. C. verucoasă	10	2	12
60	Toxicod. post. salv.	18	9	27
61	Ulcer crural	72	26	98
62	Urticarie	—	3	3
63	Veruce vulgar	11	6	17
64	Varicelă	—	1	1
65	Vaccină	1	—	1
66	Zona Zoster	2	1	3
67	Alte boli	1	10	11

- *Fimotomii, frenotomii și meatotomii* (fimoze, șancri moi pe fren, meat strâmt),

- *Scarificații* (lupus, etc.),

- *Raclaje* (în sicoze ale bărbei),

- *Biopsii* (în epiteliome),

- *Epilații,*

- *Criocauterizări,*

- *Repoziții de parafimoze etc.,*

Aceste intervenții au fost făcute în anestezie generală cu Evipan sau Kelen, local cu Kelen sau novocaină.

Rezultatele au fost satisfăcătoare atât din punct de vedere terapeutic, cât și estetic (cicatrice).

* * *

Este un fapt bine cunoscut, că în timp de războiu bolile venerice iau proporții mari. Măsurile ce trebuiesc luate vor fi de ordin general și acestea priveșc întreaga țară și colectivitate, și de ordin special, care interesează colectivități mai restrânse, cum ar fi armata, industriile mari, școlile, etc.

În războiul trecut (1914-1918) s'a putut observa o creștere a veneriilor, curbă care se urcă brusc în anii consecutivi demobilizării.

În Franța s'au constatat în războiul trecut 500.000 cazuri de sifilis. În actualul războiu, Franța a luat măsuri severe printre care amintim examinarea periodică obligatorie a soldaților, profilaxie individuală pentru fiecare soldat, depistare precoce a cazurilor, tratament imediat, suprimare a prostituției clandestine și control sever al prostituatelor.

Rezultatele reies din următoarele:

Morbiditatea medie anuală la mie

	1914-1918 (toată armata)	1919-1920 (la Paris)	1939-1940 (armata de războiu)
Blenoragie	50 ‰	17 ‰	2,25 ‰
Sifilis nou	18,5 ‰	2,2 ‰	1 ‰
Șancru moale	11 ‰	1 ‰	0,14 ‰

Pe lângă problema gravă a contagiozității acestor bolnavi, a mortalității infantile al cărui procent îl ridică, se pun astăzi și probleme economice care interesează avutul și sănătatea națiunii, având în vedere cheltuielile mari suportate de stat pentru tratamentul și spitalizarea acestor bolnavi, precum și pierderea mare de capital uman.

* * *

Pe lângă activitatea spitalicească am căutat să ne manifestăm și pe teren științific. Pentru a rămâne în contact cu școala din care facem parte, am participat aproape la toate ședințele Societății de dermatologie și sifilis din Cluj și București, aducând prin comunicări contribuțiile noastre.

În diferitele reviste medicale s'au publicat din partea serviciului nostru până la 1 Ianuarie 1943 următoarele lucrări:

1. Dr. E. Colbazi - Dr. A. Păslaru - Dr. A. Keri: „Pemfigus și Germanin“, Clujul medical, 1936, Nr. 7, pag. 456.

2. Dr. E. Colbazi - Dr. Aneta Păslaru - Dr. A. Keri: „Eperiențele noastre cu Salbi“, Clujul medical, 1937, Nr. 5, pag. 327.

3. Dr. E. Colbazi: „Tratamentul rapid al vulvo-vaginitei și oftalmiei gonococice cu Eleudron“, România Medicală, 1941, Nr. 24, pag. 323.

4. Dr. E. Colbazi - Dr. Emil I. Bologa: „Contribuțiuni la tratamentul pemfigusului vulgar“, Ardealul Medical, 1942, anul II, Nr. 9, pag. 403-407.

Pentru a ne putea ține la curent cu literatura de specialitate am abonat următoarele reviste:

Românești: Ardealul Medical, - România Medicală, - Spitalul, - Mișcarea Medicală Română, - Buletinul Eugenic și Biopolitic, - Revista de Igienă Socială.

Străine: Zentralblatt für Haut - und Geschlechtskrankheiten - Dermatologische Wochenschrift - Folia Therapeutica - Wiener Klinische Wochenschrift - Ars medici - Therapie der Gegenwart,

și am căutat să ne preocupăm după posibilități de noile apariții din literatura de specialitate.

* * *

Măsurile indicate pentru combaterea veneriilor credem a fi următoarele:

I. Măsuri generale preventive

a) *Educația masei* (prin conferințe, filme, broșuri de propagandă, afișe sugestive, cărți de medicină popularizată; în mediul rural aceste conferințe fiind ținute mai ales iarna, când plugarii au timpul liber necesar să le asculte;

b) *Reorganizarea studiului igienei*, căreia să i se dea importanța pe care o merită, devenind un studiu obligator de aceeași importanță ca celelalte studii, - înmulțirea orelor de igienă.

Salarizarea bună a medicului școlar pentru a se putea dedica cu totul școlii.

O importanță deosebită ar trebui să aibă studiul igienei în școlile normale de învățători și în seminariile teologice, căci țara noastră încă mult timp nu va fi în situația să aibă nu numai numărul suficient de medici, dar nici numărul suficient de auxiliari medicali (agenți sanitari, surori de caritate și de ocrotire, moașe), așa că noi credem că ar fi în interesul populației rurale, ca învățătorii și preoții să fie cât mai bine inițiați în cunoașterea bolilor venerice și în măsurile pe care trebuie să le ia pentru a împiedeca difuzarea bolii.

În vederea realizării acestui fapt, noi am intrat în legătură cu protopopiatul și inspectoratul școlar din localitate, ca ori de câte ori se țin ședințe cu preoții și învățătorii să fim chemați și noi pentru a le putea da îndrumările necesare;

c) *Inițierea unei Ligi naționale anti-veneriene*, care va trebui să organizeze și sistematizeze lupta anti-veneriană pe întreaga suprafață a țării. Credem că ar fi bine ca țara să fie împărțită în regiuni, iar fiecare regiune să fie încredințată unui medic specialist consacrat, care ar avea chemarea să dirijeze această campanie după indicațiile primite dela centru;

d) *Certificatul prenuptial obligator*;

e) *Reglementarea prostituției* și un control mai sever și eficace din partea autorităților statului;

f) *Combaterea prin toate mijloacele a prostituției clandestine*, înființându-se colonii de muncă pentru recidiviste;

g) *Interzicerea reclamelor în ziare* pentru medicamente antivenerice;

h) *Interzicerea eliberării de medicamente antivenerice din partea farmaciilor și drogheriilor fără prescripție și control medical*;

i) *Înființarea de noi servicii de specialitate pe toată țara*, făcându-se câte un serviciu de specialitate în fiecare capitală de județ;

j) *Carnete de sănătate* pentru fiecare cetățean, care să se elibereze odată cu înscrierea la ofițerul stării civile.

II. Măsuri speciale preventive:

Organizarea cât mai perfectă a colectivităților mari.

a) *Armata*. Având în vedere că soldatul este acela care difuzează sifilisul și bolile venerice la țară, se impune ca primă măsură educarea lui în această direcție, examinarea periodică obligatorie, în caz de boală reținerea lui în spital până la completa dispariție a leziunilor contagioase și supravegerea tratamentului de acasă, *efectuarea examenului serologic obligator la toți soldații cu ocazia încorporării și examinarea soldatului când pleacă în permisie, precum și în momentul desconcentrării sau demobilizării*.

În timp de războiu formarea unui cordon sanitar, în care la punctul de trecere un medic specialist venerolog să examineze pe toți cei ce intră în țară, iar în caz de boală internarea imediată și obligatorie în spital;

b) *Casa Asigurărilor Sociale*. La Casa Asigurărilor Sociale organizarea actuală funcționează în bune condițiuni. Ar trebui intensificată propaganda printre asigurați prin conferințe, afișaj, etc. Pentru ca asiguratul să nu piardă cu deplasarea la medic pentru tra-

tament, conducerea Asigurărilor Sociale caută să ofere bolnavilor posibilitatea de tratament la orice oră din zi, putându-se deplasa astfel în timpul lui liber.

În centrele mari, în deosebi în cele muncitorești, se impune o *examinare periodică a seroitorilor și seritoarelor*, care astăzi dau poate procentul cel mai mare de prostituate clandestine. De aceea *ar trebui înființat un serviciu special pentru examinarea periodică și obligatorie a tuturor seroitorilor*.

Organizarea unui serviciu de control al bolnavilor venerici înregistrați;

c) *C. F. R.* Situația C. F. R.-ului este mult inferioară Asigurărilor Sociale, căci pe toată țara există numai cinci policlinici cu servicii de specialitate (București, Sibiu, Timișoara, Iași și Galați). În celelalte orașe cu importante centre de comunicație (de exemplu: Brașov, Simeria, Teiuș, Mărășești, etc.), medicul de circumscripție al C. F. R.-ului supraîncărcat cu lucrări de birou și cu examinarea zilnică a bolnavilor la sediul circumscripției și pe linie, nespecialist, neputând face față cerințelor. Ne întrebăm dacă nu s'ar putea găsi o modalitate de colaborare între C. F. R. și Casa Asigurărilor Sociale, care are peste tot servicii organizate pe specialități, spre binele angajaților C. F. R. și de sigur a țării și neamului întreg;

d) *Scoala*. Având în vedere numărul mare de elevi care ni s'au prezentat în decursul anilor cu boli venerice și sifilis, se impun măsuri imediate pentru educarea tineretului (încă de pe băncile școlii) făcându-se educația sexuală acasă de către părinți, iar la școală de către profesori și în deosebi de către medicul școlar. Va trebui să se infiltreze copiilor conștiința că bolile venerice trebuiesc tratate ca și ori și care altă boală de către medic, căci adeseori frica de o eventuală pedeapsă îi îndrumă la șarlatani, distrugându-și astfel sănătatea și pierzând astfel momentul cel mai prielnic pentru un tratament rațional.

Încheiem acest raport cu nestrămutata hotărâre de a continua lupta începută cu aceeași tenacitate spre binele țării.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINTELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 10 Februarie 1944

Prezidează: d-l Prof. Dr. M. STURZA

Prof. Dr. C. Tătaru-Dr. P. Țârlea: Melanoză salvarsanică difuză generalizată.

Autorii prezintă un lot de 4 cazuri cu accidente cutanate salvarsanice neobișnuite prin pigmentațiunile difuze generalizate, sau în plăcarde întinse, reticulare ori de tipul lichenului ruber plan, cu scopul de a atrage atențiunea asupra riscurilor pe care le comportă tratamentul antisifilitic condus cu lipsă de prudență ori fără indicație precisă, cum e cazul al doilea. Aceste pigmentațiuni traduc o stare de intoxicație profundă, prin compromiterea funcțiunii glandelor endocrine, putând provoca tabloul clinic asemănător melanozei Addison, cum e cazul:

P. I. de 34 ani, agricultor nec. din jud. Timiș, care a fost supus în vara 1942 unui tratament antisifilitic arseno-bismutic la Spitalul de Stat din Timișoara, pentru un sifilom primar sero-pozitiv. După a 10-a inj. de Neosalvarsan, se declară o dermatită salvarsanică generalizată, care după regresie lasă în urma ei o pigmentație generalizată, brun-închisă, afară de mucoase și de o serie de atrofiile cicatriciale lineare postpediculare de pe trunchi. R. W. în prezent negativă. Starea generală bună, Puls 96, tensiunea sanghină Max 11—Min 7. Cazul nostru nu se încadrează în tabloul clasic al maladiei lui Addison, ci alterațiunea profundă în metabolismul pigmentului cutanat se datorește probabil, unei disfuncțiuni endocrinene, în care glandele suprarenale sunt pe primul plan.

Prof. Dr. C. Tătaru-Dr. P. Țârlea: Melanoză salvarsanică în plăcarde, cu hiperkeratoză palmo-plantară arsenicală.

L. S. de 40 ani, mecanic Cfr. căsăt., internat în Clinica Dermato-ven. din Cluj-Sibiu la 4 Ian. 1944 pentru o dermatită postsalvarsanică generalizată, apărută după a șaptea injecție de Neosalvarsan, cura antisifilitică fiind instituită „ex juvantibus”, ulceratiia de pe vârful limbei deși serologia negativă fiind considerată de medicul curant de gomă sifilitică. După amendarea fenomenelor inflamatorii acute, s'au instalat un număr mare de teritorii întinse hiperpigmentate, infiltrate, lichenificate, predominând pe trunchi și rădăcina membrelor. În același timp apar pe palme și plante niște mase cornoase, aderente, brăzdate de fisuri dure-roase, care îi produc o jenă în mișcări. Pe vârful limbei la intrare prezenta o ulceratie neregulat rotundă de mărimea unei monede de cinci lei cu toate caracterele clinice și histopatologice ale unui cancer spinocelular, în prezent aproape cicatrizat în urma tratamentului cu Radium.

Prof. Dr. C. Tătaru-Dr. P. Țârlea: Melanodermie reticulară după lichen ruber provocat de Neosalvarsan.

D-na M. de 21 ani, căsăt. care acum 1 an și ceva urmând un tratament antisifilitic combinat pentru un sifilom primar, în decursul seriei a doua, îi apare o erupțiune de tipul lichenului ruber plan pe trunchi gât și extremități, fără cointeresarea mucoaselor. La examenul somatic se observă un număr mare de pete brune cu o nuanță variată, grupate într-o rețea reticulară în special în jurul gâtului. Examele sorologice negative.

D. M. de 40 ani, funcționar particular căsăt., în August 1943 contractând un sifilom primar sero-pozitiv, după a doua cură Salvarsano-bismutică de 7 gr., după ce la ultimele injecții semnala o greață și inapetență, la 2 săpt. îi apare o erupțiune de tipul lichenului ruber plan, diseminată pe trunchi și extremități, din care în prezent se mai observă numeroase pete pigmentare de diferite nuanțe până la brun-negru, mucoasele fiind intacte.

Aceste două cazuri nu se încadrează în tabloul lichenului ruber plan tipic, școala germană susținând că este vorba numai

de un exantem lichenoid postsalvarsanic, pe când unii autori francezi admit rolul declanșator al arsenicului în sensul biotropismului lui Milian.

Prof. Dr. C. Tătaru-Dr. C. Țârlea: Un caz de „Cutis veritica gyrata”.

M. S. de 32 ani, agricultor necăsătorit din jud. Lăpușna, prezintă de câțiva ani o tumefiere și îngroșare a pielii păroase a creștetului, ocupând mai mult regiunea parietală stângă sub aspectul unei formațiuni tumorale formată din numeroase burelete de piele îngroșată de culoare normală, având direcții oblice în toate sensurile. Printre ele se observă numeroase scizuri adânci dând un aspect encefaloid. Perii mai scurți la acest nivel, nu prezintă alterațiuni. această afecțiune considerată ca o maladie nevică congenitală, cazul nostru face parte din categoria foarte rară a cazurilor având bază o inflamație cronică.

Dr. P. Țârlea: Un caz de pityriasis versicolor achromiant.

M. M. de 20 ani, student în Med. prezintă diseminat pe piept, fosele supra- și infraclaviculare și în treimea superioară a spatelui un număr mare de pete albe, izolate și confluențe, de mărimea unor boabe de linte-piese de un leu, bine delimitate, constituite din niște scvame fine, coerente, care la un grataj sistematic dau semnul „unghiei”, caracteristic pentru pityriasis versicolor. Tegumentele la baza lor nu prezintă nicio reacțiune inflamatorie. La examenul microscopic se pune în evidență microsporon furfur. În cazul de față este vorba de o varietate relativ rar întâlnită la noi, numită pityriasis versicolor alba (Germani) sau achromiant alb cu scvame coerente (Francezi).

Dr. Ionașiu L., Dr. Lungu C., Dr. Duma D.: Paraplegie spastică familială la doi frați de tip Strumpell.

(A apărut în Ardealul Medical Nr. 4—1944).

Conf. Dr. A. Moga, Dr. C. Manta, Dr. C. Mețianu: Asupra modificărilor sanghine în crizele hipertensive.

Într-o lucrare publicată în 1939, Prof. Hațieganu-Dr. Moga și Dr. Radu au descris modificările hematologice observate în cursul crizelor hipertensive ale suprarenalomului.

Cercetările lor au plecat dela ideea că dacă crizele hipertensive sunt provocate de o mobilizare de adrenalină în sânge, din tumora formată de un țesut adrenalinogen, este probabil că în crize se pot observa aceleași modificări sanghine ca după injecțiile de adrenalină.

Încă în 1917 Prof. Hațieganu a dovedit că după o injecție subcutanată de 1 mgr. adrenalină se produce într-o primă fază o leucocitoză limfocitară, care începe la 5 minute și ajunge la maximum la 20—40 minute după injecție. După 1 oră începe a doua fază de leucocitoză neutrofilă care durează mai multe ore.

În crizele paroxistice ale cazului de suprarenalom observat de ei au constatat de fapt că:

a) în timp ce în primele 30' tensiunea arterială s'a urcat dela 15½—10 la 31—17;

b) numărul leucocitelor a crescut dela 7200 la 11.200; această creștere s'a datorit aproape exclusiv unei limfocitoze pronunțate. Întradevăr câtă vreme procentul neutrofilelor a scăzut dela 74% la 48%, numărul lor global a rămas aproape nemodificat. În schimb, numărul limfocitelor a crescut atât ca cifra absolută, cât și ca procent.

Prin lucrarea lor au căutat să atragă atențiunea asupra modificărilor hematologice din crizele hipertensive, pentru a provoca cercetări asemănătoare și în hipertensiunile paroxistice datorite altor cauze. Întru cât este extrem de greu să se facă în clinică determinarea directă a adrenalinei, leucocitoza limfocitară ar constitui, alături de reacția hiperglicemică o dovadă indirectă pentru

intervenția factorului adrenalinic în mecanismul crizelor ipertensive.

Amintim aici că în literatura medicală, cu privire la această problemă, n'am găsit menționat decât numele lui *Kugelmann* care a descris în 1933 leucocitoza în timpul crizelor.

Observațiunile noastre sunt în număr de trei.

Obs. I.

Bolnava M. în vârstă de 47 ani suferă de reumatism de 15 ani. De 1 an are o criză de angină de piept care în ultimele luni au intensitate foarte mare și se prezintă la cel mai mic efort.

Bolnava prezintă o *ipertrofie ventriculară stângă moderată*, cu simptome electrocardiografice de *insuficiență coronariană*.

Prin palparea pulsului și prin oscilometrie am constatat *leziuni nete ale arterelor* dela antebrațul drept și gamba stângă, prin urmare o *politerită*.

Tensiunea arterială înafară de crize este normală $13\frac{1}{2}$ —9 (V. L.).

Tabloul sanghin: Polinucleare neutrofile 70% (4340); Limfocite 25% (1550); Monocite 3% (186); Eozinofile 2% (124). În timpul crizelor de angină de piept tensiunea arterială se urcă după cum urmează: la 10 minute $21\frac{1}{2}$; la 20 minute 22; la 30 minute $22\frac{1}{2}$; la 40 minute 15; la 50 minute $14\frac{1}{2}$.

În același timp leucocitoza crește la: 6000, 11.000, 8.500, 4800, 7200.

Tabloul sanghin se modifică după cum urmează:

	la 10'	la 20'	la 30'	la 40'	la 50'
Polinucleare neutrofile	58% (3480)	55% (6050)	55% (4675)	60% (2880)	61% (4608)
Limfocite	34% (2040)	36% (3960)	36% (3060)	33% (1584)	29% (2088)
Monocite	5% (300)	5% (9550)	5% (425)	4% (192)	5% (360)
Eozinofile	3% (180)	2% (220)	4% (340)	3% (144)	2% (144)
Metamelocite	—	1% (110)	—	—	—
Mielocite	—	1% (110)	—	—	—

Obs. II.

M. T. 28 ani.

Antecedente: un frate mai mare suferă de *ipertensiune arterială esențială*, dela vârsta de 25 ani.

Scarlatină în copilărie.

Istoric: Înainte cu 5 luni pe front face *boala serului*, la 7 zile după o injecție de ser antigangrenos. În timpul boalei serului are o jenă precardiă, dispnee și albuminurie. De atunci a avut o *serie de crize* caracterizate prin dureri și senzație de constricție precardiă cu iradiere în membrul superior stâng, paloare, transpirațiuni reci generalizate, senzație de sufocație, anxietate, crampe în regiunea musculaturii coapselor.

Fenomenele durează 30—60' după care rămâne cu o stare de astenie timp de 24 ore. În interval de 5 luni a prezentat 6—7 asemenea crize.

La examenul fizic făcut înafară de crize nu se constată nimic patologic.

Am avut ocazia să asistăm la o astfel de criză foarte violentă și am constatat că în timpul crizei:

tensiunea s'a ridicat dela 13—8 (V. L.) cât era înainte la $20\frac{1}{2}$ —12 (după 15—20').

Leucocitoza dela 5800 la 12.000 (după 20'), după 30' la 16.000 cu următoarea formulă sanghină:

	În afară de criză	la 20'	la 30'
Polinucleare neutrofile	70% (4060)	55% (6600)	59% (9440)
Limfocite	25% (1450)	38% (4560)	35% (5600)
Monocite	5% (290)	5% (600)	4% (640)
Eozinofile	—	2% (240)	2% (320)
T. A.	13—11	$20\frac{1}{2}$ —12	$15\frac{1}{2}$ —9

glicemia a rămas nemodificată.

Obs. III.

Bărbat 22 ani.

De 4 ani suferă de ulcer duodenal.

De 2 ani are o serie de turburări funcționale pe care examinările făcute în serviciul *Dr. Manta* le-au identificat ca o *distonie vegetativă* în sensul unei *amfotonii*, permanente pe care se suprapun *crize de ipersimpaticotonie* caracterizate prin: constricție precardiă, anxietate, tahicardie, congestia feței, stare de neliniște. În timpul crizelor frecvența pulsului crește la 140, respirația 40 pe minut *tensiunea arterială* trece dela $11\frac{1}{2}$ (V. L.) la $16\frac{1}{2}$ (V. L.).

Din punct de vedere hematologic se constată:

hematii 5.500.000 față de 4.500.000;

leucocitoza 9600 „ „ 6000 cât era înainte, cu următoarea formulă sanghină:

	În afară de criză	În criză
Polinucleare neutrofile	47% (2820)	31% (2976)
Limfocite	38% (2280)	58% (5560)
Mononucleare	12%	9%
Eozinofile	2%	1%
Bazofile	1%	1%

În acest caz s'a determinat și *glicemia*:

în intervalul dintre crize 100 mgr. la mie, în criză 140 mgr. la mie.

Prin urmare în toate 3 cazurile constatăm același *sindrom clinic* al crizelor anginoide și hipertensive care sunt determinate însă de cauze diferite.

Din punct de vedere hematologic simptomul cel mai constant este *hiperleucocitoza*, care — ca și în cazul cu suprarenalom — atinge valori destul de ridicate (în observația 3 nu s'a făcut decât o singură examinare în timpul crizei). Această *iperleucocitoză* este prezentă în prima fază a reacțiunilor sanghine care se termină apoi cu o scădere a numărului leucocitelor uneori sub nivelul inițial.

Din punct de vedere *calitativ*, curba care marchează *procentul limfocitelor* prezintă o *creștere moderată în primele 30—40'*, apoi o *scădere*, iar cea a polinuclearelor suferă variațiuni tocmai în sens contrar. Aceste modificări însă, în obs. I și II sunt mai

puțin pronunțate decât în cazul cu suprarenalom. *Cazul III* arată o limfocitoză mai pronunțată, este adevărat însă că aici a existat o limfocitoză inițială mai ridicată.

Ca cifră absolută, până când în cazul cu suprarenalom creșterea leucocitozei se face exclusiv în beneficiul elementelor limfocitare în observația I și II crește atât numărul polinuclearelor, cât și a limfocitelor, mai mult însă aceștia din urmă.

Noi am mai observat că între simptomele de iperadrenalinemie: ca tahicardia, criză hipertensivă, iperglicemie, iperleucocitoză, cu limfocitoză nu se poate stabili un paralelism riguros și că oricare din simptomele clinice ori de laborator poate lipsi sau exista într'un grad foarte atenuat.

Din constatările făcute de noi, având în vedere numărul redus al cazurilor nu se pot trage concluziuni definitive.

Se poate spune totuși că:

1. În crizele hipertensive, indiferent de cauza care le produce, se pot produce modificări sanghine asemănătoare cu celea provocate de injecția de adrenalină, dar intensitatea lor poate varia dela caz la caz. Intervin și alți factori.

2. Leucocitoza limfocitară nu poate fi privită ca un simptom caracteristic al suprarenalomului.

3. Prezența lor dovedește că și în alte crize hipertensive, iperadrenalinemia poate juca un rol mai mult sau mai puțin important în declanșarea crizelor.

4. Având în vedere că în cazurile noastre sindromul clinic se compunea din crizele de hipertensiune arterială plus anghină de piept, ar fi interesant să se cerceteze modificările morfologice (sanghine) și în angina de piept neînsoțită de crize hipertensive. (Confirmarea teoriei lui Raab?).

5. Simptomele de iperadrenalinemie justifică radioterapia asupra glandelor suprarenale în asemenea cazuri, care față de orice altă metodă terapeutică, pare să dea cele mai bune rezultate.

Medic Col. Dr. L. Ursu: Organizarea și funcționarea spitalelor de campanie în actualul războiu. (Conferință rezumat).

Organizare: Prea mult material nefolositor care constituie un balast de ex: lăzi cu perii de unghii, cu cloroform, tinctură anticolică etc.

În schimb insuficiența atelelor Kramer-Thomas, truse chirurgicale incomplete; au lipsit: câte un mic laborator, medicamentele hemostatice și analeptice, glucoză, insulină, sulf, imprimantele, lengerie de rezervă, ateliere de reparat efecte. Reaprovizionările impun la prea multe formalități.

Röntgenul fiind transportat cu căruțe de rechiziție sau camioane s'a deteriorat curând. Personalul inferior prea numeros bătrân și neformat.

Material de transport nespecializat și insuficient. Transportul răniților gravi, vara ca și iarna, s'a făcut cu camioane de marfă deschise și cu arcuri tari.

Funcționarea: S'au realizat adevărate performanțe: etuvele trase cu boi au parcurs pe jos 2000 km.

Deși spitalele de campanie sunt dotate pentru maximum 300 paturi foarte adeseori s'a ajuns la 900 răniți. În Crimeea din lipsa mijloacelor de evacuare și a spitalelor de armată, spitalele de campanie au funcționat ca spitale de evacuare și au spitalizat răniții până la vindecare. Lipsa secțiilor de ochi, O. R. L. dentistică, laborator au fost suplinite prin crearea lor fie cu material de captură, fie cu material dat de armata germană.

Din cauză că unii medici de comandament n'au fost pregătiți pentru aceste posturi și din cauza prea marelui aserviri față de diferitele comandamente, unele spitale erau supra-aglomerate, încât personalul nu putea face față situației, iar la câțiva km. distanță în același timp un alt spital mai bine încadrat era aproape gol (de ex.: Spitalul de campanie din Stalino-Makievka în Ianuarie 1943).

Trierea răniților și bolnavilor s'a făcut fără norme bine stabilite și în absență bine cunoscută de cei în drept.

Alimentația mai ales pe timpul cât s'a făcut prin armata germană a fost excelentă din care cauză nu s'au înregistrat de loc avitaminoze.

Rotația medicilor fără niciun criteriu, intervenționismul practicat pe o scară întinsă, care a demoralizat elemente conștiincioase, la care se mai adaugă și faptul că în timp ce unii erau de mult pe front camarazii lor dădeau concursuri și ocupau posturile bune de spital.

Evacuările de pe front în zona interioară s'au făcut cu trenuri și avioane sanitare dirijate din București, din Birourile M. St. M., care necunoscând totdeauna realitatea de pe front de multe ori au funcționat defectuos.

Din statisticile întocmite rezultă că agenții vulneranți în ordinea frecvenței au fost schija de brandt, glonte de armă, schija de obuz, accidentele, gerul și tocmai la urmă schija de bombă de avion.

În lunile de iarnă Ianuarie-Martie numărul bolnavilor a depășit pe cel al răniților.

Boalele mai frecvente au fost: Tuberculoza pulmonară sub toate aspectele; Nefrita de războiu; (Vezi art. publicat în revista sanit. milit. Nr. 3/1942). Hepatita icterigenă acută infecțioasă; Febra de Volhinia — vezi articolul publicat în revista Ardealul Medical Nr. 8/1942); Piodermita scabioasă; Enteritele disenteriforme; Sindromul oboselii în campanie; Mizerie fiziologică; Tifusul exantematic; Absurile; Intoxicația acută cu anti-ger (alcool metilic).

Este regretabil că revista sanitară militară, tocmai acum când este atât de mult material de studiu, are o activitate aproape nulă, apărând foarte neregulat cu foarte mari întârzieri.

Prof. Dr. Daniello-Dr. Bumbăcescu: Aspectele radiologice și semnificația clinică a plămânului chistic.

Prof. Dr. Victor Papilian, Dr. C. Manta, Dr. Liviu Comes, Mihaela Papilian: Un procedeu original pentru provocarea durerilor anginoide. Autorii plecând de la niște cercetări experimentale asupra valorii funcționale a nervilor periferici, au imaginat un procedeu original pentru provocarea durerilor anginoide. Injectând o cantitate mică de adrenalină ($1\frac{1}{2}$ mgr) pe partea medială a brațului (pe teritoriul nervului accesoriu brachial cutanat intern), au putut provoca la 20 de bolnavi care sufereau sau prezentau în antecedentele lor crize anginoide, dureri precordiale iradiind în brațul stâng.

Injectii făcute cu alte substanțe în aceeași regiune (apă distilată, cardiazol), n'au putut provoca niciun fel de dureri cu caracter anginoid. De asemenea aceeași cantitate de adrenalină injectată în altă parte (în partea laterală a brațului) nu produce dureri.

Procedeu aplicat la bolnavi suferind de diverse afecțiuni, dar care în antecedente n'aveau dureri anginoide, de asemenea nu reușea să producă durerile caracteristice.

Autorii cred că nu este vorba de un efect general al adrenalinei, ci de existența unei zone reflexogene capabilă să declanșeze durerile caracteristice. La 2 bolnavi cu dureri anginoide, injecții de novocaină în aceeași zonă, au suprimat durerile.

Conf. Dr. Zeno Șt. Borza: Plagă prin proiectil de războiu a gambei dr. cu leziunea arterei peroniere și tibială ant. Hematom pulsatil tardiv. Se relatează observația unui soldat în vârstă de 29 ani, rănit în ziua de 9 Dec. 1943 printr'un proiectil de armă de foc în regiunea postero-superioară a gambei dr., prezentând orificiul de eșire în partea antero-sup. a gambei. Plaga a prezentat ușoară hemoragie [la început, care s'a oprit însă curând și astfel cicatrizarea plăgii a urmat după 12 zile dela data rănirii].

Primele trei zile bolnavul a simțit o senzație de amorțeală și furnicături la nivelul $\frac{1}{3}$ inf. a gambei și a piciorului, care era

in același timp foarte rece. In ziua 4-a colorațiunea palidă a piciorului dispare, el devine mai cald. De asemenea dispare senzația de amorțeală. După două zile bolnavul remarcă tumefierea gambei în $\frac{1}{3}$ sup. Concomitent cu această tumefiere are senzația de pulsațiune la nivelul plăgii. Paloarea și amorțeala gambei apar din nou. Bolnavul examinat a fost transpus în Spit Z—I. 483, Matcă, stabilindu-i-se diagnosticul de hematon pulsatil datorit leziunii arterei tibiale ant.

La intervenția chirurgicală executată în ziua de 3 Ian. 1944 s'a constatat secțiunea transversală a arterei tibiale ant. Se face ligatura capetelor arteriale. Hemoragia continuă însă dela partea post. printr'o perforație a membranei interosoase. Se intervine posterior prin incizia preconizată de Arnot și Gutrie, deoarece nu se poate stabili cu precizie identitatea arterei lezate. La intervenție se constată că este vorba de o plagă a arterei peroniere prin creștere laterală. Se face ligatura dublă a arterei și după drenaj, plăgile sunt parțial saturate. Circulațiunea colaterală se restabilește în condițiuni bune chiar în ziua intervenției. Plăgile sunt vindecate după 30 zile. Se prezintă odată cu bolnavul și curba oscilometrică a membrului inf. dr.

Autorul discută patogenia hematomului tardiv, după ce în prealabil face câteva considerațiuni în legătură cu fizio-patologia plăgilor vasculare și concludă că: hemoragia s'a oprit la nivelul secțiunii art. tibiale în urma retracțiunii fiziologice a capetelor arteriale. Hemoragia oprită temporar la nivelul arterei peroniere (creștere laterală) n'a fost posibilă decât prin stupoarea arterei, observată adeseori după plăgile de războiu. După 4 zile această stare de stupoare dispare treptat, în același timp se formează hematomul pulsatil, care s'a dezvoltat destul de încet, ceea ce demonstrează aspectul anatomic întâlnit la intervenție, el fiind parțial incapsulat.

Autorul insistă apoi asupra tehnicii ligaturii arterelor post, a gambei în chirurgia de războiu, după proc. recomandat de Arnot și Gutrie, modificat de Fiolle și Delmas.

Prof. Dr. I. Gavrilă și Drd. I. Miclaus: Asupra unui caz de rușeolă formă gravă, toxică cu evoluție letală.

Rușeola în general este considerată ca o boală cu evoluție benignă atât de publicul laic, cât și de cel medical. Această benignitate este considerată în special în raport cu scarlatina. Totuși această concepție nu este totdeauna reală pentru că adesea există epidemii de pojar cu complicații și cu letalitate mai mare decât în scarlatină, cum sunt în prezent cele 2 epidemii din aceste boli infecțioase, când intradevăr se constată că cea de pojar este mai gravă. În epidemia actuală în general cele mai multe cazuri de scarlatină au o evoluție ușoară cu puține complicațiuni și cu mortalitate redusă, din 200 de cazuri câte am avut în ultimile 6 luni a suferit numai 1 caz. În schimb cazurile de rușeolă de acum foarte multe au o evoluție foarte gravă, cu serioase complicații bronchopulmonare și cu o letalitate importantă în aceste cazuri complicate.

În ultimile zile având ocaziunea de a observa un caz de pojar de o gravitate excepțională cu sfârșit letal, credem util de a relata această observație.

În ziua de 3 Martie la orele 7 $\frac{1}{2}$ dimineața este adus în clinica noastră băiatul X. Y. de 8 ani cu diagnosticul de rușeolă într'o stare de inconștiență.

În antecedentele colaterale și personale părinții nu dau nimic deosebit. Copilul a fost complet sănătos până la boala actuală, foarte bine dezvoltat în raport cu vârsta lui.

Boala actuală datează înainte de a intra în clinică cu 5 zile și a început cu simptomele obișnuite ale rușeolei: temperatură 39° fenomene catarale evidente: catar oculo-nazal, tuse, bronșită. După 3 zile, înainte cu 2 zile de intrarea în serviciu, apare exantemul rușeolic tipic, întâi pe față, apoi pe trunchi și extremități.

Starea generală s'a menținut bună în primele 3 zile de boală, însă în ultimele 2 zile, concomitent cu apariția exantemului s'a agravat: temperatura este foarte ridicată 40°, prezintă ușoare fenomene de agitație, delir, mai ales în cursul nopții, prezintă tachicardie, somnolență, totuși vorbește, senzoriul este aproape clar. Însă noaptea premergătoare intrării în clinică starea bolnavului se agravează și mai mult. Trece într'o stare de inconștiență nu mai răspunde la întrebările puse și apoi este apucat de convulsii tonico-clinice acompaniate de o cianoză extremă în timpul lor, de durată de 2—3 minute și cari accese se repetă la 1—2 ore.

În această stare este adus în clinica noastră în dimineața următoare, când la examinare constatăm următoarele:

Copilul este inconștient, zace pe spate cu ochii deschiși, cu privirea fixă, prezintă ușor miotagm. Întreagă fața și întreagă suprafața corpului este plină cu un exantem rușeolic clasic de o nuanță violacee, pe alocurea chiar cu un aspect hemoragic. Prezintă fenomene de enaurem buco-faringean tipice, lipsește semnul lui Koplit. Asupra pulmonului se constată câteva raluri de bronșită. Temperatura este 40° și se menține foarte ridicată și în orele următoare, chiar se urcă și mai mult. Pulsul este foarte accelerat, 140 pe minut. Aproximativ tot la o 1 oră se produc accese convulsive, pe cari le-a prezentat și acasă. În acest timp prezintă contracturi musculare tonice generalizate pe întreg corpul, la extremități, la trunchi, la față, în timpul lor bolnavul devenea extrem de cianotic, pulsul se încetinea, durata lor era de 1—4 minute. Între accesele de contractură starea de inconștiență era permanentă, chiar nici rezoluția musculară nu era chiar completă, persista un oarecare grad de contractură musculară.

Se execută imediat o puncție lombară, lichidul cefalo-rachidian este ușor hipertensiv, însă clar, cu reacțiile de albumină (Nonne-Apelt și Pandey) ușor pozitive și cu 90 elemente celulare pe mm c.

Se face hemoterapie dela părinți (20 cc.), injecție cu calciu glucozat, injecție cu luminal natrium, injecții cu cibazol, apoi cardiotonice în mod sistematic la fiecare 2 ore (veritol, veriazol, cardiazol, oleu camforat).

Evoluția cazului însă a fost tot mai gravă în cursul zilei. Starea de inconștiență s'a menținut în mod permanent, accesele de contractură se repetau, hipertermia în seara a ajuns la 41°. Pulsul tot mai accelerat, filiform, apoi imperceptibil, respirația frecventă, apoi foarte superficială și la orele 19 a suferit.

În rezumat am avut în fața noastră o formă extrem de gravă de rușeolă, formă toxică, cerebrală, cu evoluție fatală.

După cum am amintit mai sus epidemiile de pojar uneori pot fi grave, mai ales la vârste mai mici, până la 4—5 ani și la copii mai debili. Gravitatea în aceste împrejurări constă mai ales în complicațiunile pulmonare, asupra cărora o să revenim în altă comunicare. Însă aceste forme grave toxice nervoase cu evoluție fatală fulgerătoare în câteva zile, sunt extrem de rari, până în prezent noi n'am mai întâlnit un astfel de caz.

Ne-am permis de a relata această observație întâi din cauza rarității acestei forme clinice grave de boală, în al doilea rând pentru a atrage atențiunea asupra faptului, că pojarul nu trebuie să-l considerăm ca o boală prea benignă, ci este mai bine să fim cu oarecare rezervă în prognostic.

În al treilea rând în fiecare caz de pojar este indicat de a aplica măsurile de profilaxie prescrise cu strictețe, mai ales vom face izolarea bolnavului cât mai repede posibil. Să nu procedăm în cazul că dacă un copil se îmbolnăvește de pojar să lășăm și pe ceilalți frați împreună ca să treacă toți deodată peste boală sub pretextul că boala este benignă, pentru că în astfel de împrejurări am putea avea odată surpriza ca ceilalți frați să facă forma aceasta gravă de boală cu evoluție fatală.

Note și informațiuni

Domnul Consul General Wilhelm R. Mann împlinește 50 de ani în ziua de 4 Aprilie 1944. În calitate de membru conducător al Consiliului de administrație al concernului I. G. Farbenindustrie A. G. și de șef al organizației comerciale a medicamentelor și preparatelor pentru protecția plantelor, „Bayer”, joacă un rol însemnat în economia germană. Prin prevederea și cunoștințele sale multiple organizația condusă de el a fost extinsă, dobândind un renume mondial.

În țara noastră, ca și în toate țările civilizate ale pământului, crucea „Bayer” este semnul popular al unui număr însemnat de medicamente excelente, care au fost întrebunțate cu succes nu numai de medici, dar au câștigat în decursul anilor încrederea bolnavilor. Aceasta nu e de mirare, deoarece conform unei tradiții vechi, casa „Bayer” lansează un nou medicament numai după o experimentare îndelungată, și îndeplinirea unor condiții foarte severe.

D-l Dr. Leon Prodan, medic-șef din Ministerul Sănătății, a fost numit pe data de 21 Martie 1944, director la Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, organizația exterioară.

În Monitorul Oficial Nr. 71 din 24 Martie 1944, s'a publicat tabloul medicilor de circumscripție, medicul secundar de spitale și surorii de ocrotire cărora s'a acordat primă de reședință în exercițiul 1943/44.

Examenul de clasificare pentru medicii șefi de județe, ce urma să se țină cu începere dela 22 Martie 1944, s'a amânat pentru o dată ulterioară.

Spitalul mixt din Moclu, județul Cluj-Turda, se transformă pe data de 1 Aprilie 1944, în spital de chirurgie cu 60 paturi.

În Monitorul Oficial Nr. 74 din 28 Martie 1944, s'a publicat vacanța următoarelor circumscripții:

Circ. Călnic, jud. Alba, Circ. Fundata, j. Brașov, Circ. Mierșig, jud. Bihor, Circ. Birtin, jud. Hunedoara, Circ. Tulca, jud. Bihor, Circ. Mănăștur, jud. Severin, Circ. Ferdinand Bistra, jud. Severin, Circ. Secaș, jud. Timiș, Circ. Sacoșul Turcesc, jud. Timiș, Circ. Moldova veche, jud. Timiș, Circ. Cipăeni, jud. Cluj-Turda,

Circ. Săvădtsia, jud. Turda, Circumscripția cu spitalul Simerla, jud. Hunedoara.

Pe data de 1 Aprilie 1944, au fost înființate de către Ministerul Sănătății, farmaciile județene, în Inspectoratele regionale București și Sibiu.

În spitalele și serviciile de psihiatrie se vor crea în măsura posibilităților, ateliere de ergo-terapie.

Se pune în funcțiune pe data de 1 Aprilie 1944, noul spital de boli pulmonare din Sibiu, sub denumirea de „Spitalul de boli pulmonare și Clinica Fiziologică Sibiu”, sub conducerea d-lui prof. Dr. Leon Danilelo, în calitate de medic primar, director.

Prin Decizie ministerială s'a făcut următoarea mișcare în personalul tehnic pendinte de Min. Sănătății.

D-na Dr. Tupa Milena Eliza, medic de circ. provizoriu, s'a transferat în postul vacant de medic de circ. Hosman, jud. Sibiu.

D-na Dr. Elena Boștină, med., prov., se transferă medic al circ. Crișlova, jud. Severin.

Dr. Rădulescu Emil, med. prov. la circ. Pâncota, jud. Arad, se transferă la circ. Tăuș, același județ.

Dr. Lenhardt N. Carol, se numește prov. medic al circ. Macea, jud. Arad.

Dr. Dahnocel Valentina, se numește definitiv medic, șef de laborator, Sibiu.

Dr. Nicoară Eugen, se numește definitiv medic primar chirurg la spitalul Orăștie.

Dr. Greceanu Coriolan, se numește definitiv medic al circ. Pâncota, jud. Arad.

Dr. Măstis Gheorghe, se transferă definitiv medic al circ. Lipova.

Dr. Rusu Emil, medic șef al circ. Ineu, se transferă definitiv medic al circ. Curtici, jud. Arad.

Dr. Buda Gheorghe, medic primar șef, la spitalul Alba-Iulia, se numește definitiv medic director al acelui spital.

Erată: La articolul „Infecția de focar”, la pagina 202, coloana I, rândul 15 de jos în sus: în loc „de 146 cazuri” 205 cazuri.

Dodonal



Înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0.3 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 1500. Pentru autorități, 2500 Lei.
Costul unui număr este 200 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 4 pagini de revistă. Costul tiparului peste 4 pagini va fi suportat de autor, 2000 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și jumătate din el se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeelelor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

*Noua etapă a
terapeuticeii sulfamidate*

THIAZOMIDE

2090 - R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT
DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI



*Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul
sulfamido-intoleranților și permite tratamente
de scurtă durată cu posologii mai ridicate.*

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.

Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame.



SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - VIII^e

Propaganda Medicală „SPECIA” Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu, Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

Absolut netoxic
Foarte economic

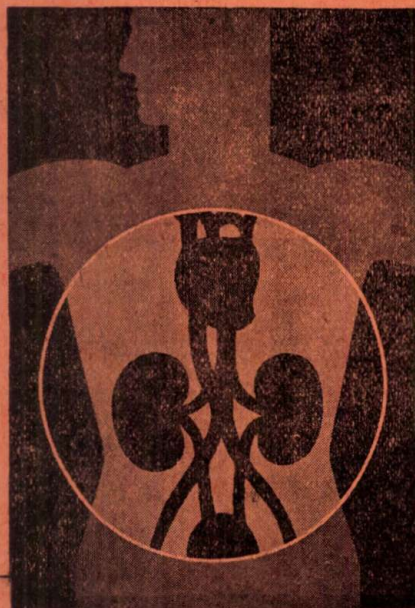
(durată scurtă de tratament)

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI



*Pentru
terapeutică
individuală
a inimii și
circulației*

Calcium-Diuretina

Medicament eficace cardiac și vascular
și diuretic puternic.

Iod-Calcium-Diuretina

În deosebi pentru tratamentul turbu-
rărilor bătrâneții.

Rhodan-Calcium-Diuretina

Medicament hipotensiv reputat.

Tuburi de câte 20 tablete.



KNOLL A.-G., Ludwigshafen pe Rin.

«KNOLL» S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

AVIZ

Din cauza stărilor excepționale, D-nii medici care comandă extrase după articolele publicate în „Ardealul Medical”, sunt rugați a achita costul lor odată cu comanda. Pentru extrasele din altă localitate decât Sibiul, se va trimite suma corespunzătoare odată cu manuscrisul. Prețul extraselor s’a publicat în Nr. 3 al revistei, fiind calculat 1 pag. rev.=3 pag. extras. Neachitarea odată cu predarea manuscrisului, aduce cu sine nelipărirea extraselor.

„Dacia Traiană” s. a., Sibiu

1871

1872

1873

1874

1875

1876

1877

1878

1879

1880

1881

1882

1883

1884

1885

1886

1887

1888

1889

1890

1891

1892



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia	cu	10 fiole
”	0,10/2	”	—	”	5 ”
”	0,50/5	”	—	”	3 ”
Tablete:	0,05			tubul	cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia	cu	3 fiole
”	0,005/1	”	—	”	6 ”
”	0,025/1	”	—	”	3 ”
Tablete:	0,003			tubul	cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. l.	cutia	cu	3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. l.	”	”	6 ”	1 ”
”	50.000 .U. l.	”	”	3 ”	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 TELEFON: 4-22-44

PARAGEN

**ANTIBACTERIAN, ANTITOXIC
MĂREȘTE REZISTENȚA**

Indicațiuni:

Reumatism infecțios, în special reumatismul articular subacut și cronic, stările reumatoide acute și cronice cu puseuri acute. Afecțiuni septicemice, terapie adjuvantă în infecțiunile toxice, ca difteria, scarlatina ș. a.

Cutii cu 1, 3, 5 și 50 fiole

„Behringwerke“



LEVERKUSEN

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

- I. Hațieganu, T. Spârchez, R. Popa, P. Radu și I. Macavei: Importanța diagnostică a puncției ganglionare Pag. 249
- I. Goia: Infecția de focar " 258
- Prof. Dr. Gr. Benetato: Prevenirea accidentelor de transfuzie prin stabilizarea și conservarea sângelui cu soluție gluco-citratată concentrată " 263
- O. Fodor și L. Reisenhoffer: Considerațiuni asupra semnificației eozinofiliei în pleureziile exudative " 269
- Dr. C. Berariu, Dr. Gh. Faur și Dr. Gh. Ioanoviciu: Un caz de hernie diafragmatică dreaptă cu semne clinice de fistulă stercorală toracică " 272
- Dr. Duma D., asistent: Boala lui Guillain-Barré în legătură cu un caz clinic " 275
- Prof. Dr. I. Găvrilă, Dr. V. Găvrilă și Drd. Miclăuș: Considerațiuni asupra meningitei pneumococice post traumatice " 278
- Prof. Dr. V. Papilian și Dr. I. G. Russu: Notă complimentară la articolul „Cercetări asupra circulației hipofizei”, (apărut în Mișcarea Medicală Română Nr. 7—8 1943, p. 407—410) " 281

Societăți medicale " 282

Societatea Științelor Medicale din Cluj-Sibiu. Colegiul medicilor din Timișoara. Asociația internilor și externilor, Reuniunea Anatomică.

Revista cărților: " 293

Chirurgie semiotică, clinică, terapeutică. Clinică chirurgicală generală. Volum. I. Fascicola II-a, de Prof. Dr. I. Iacobovici în colaborare cu Dr. I. Porumbaru și Dr. C. Crăciunescu. Format mare, 474 pagini. Editura „Socec” București 1944.

Note și informațiuni " 293

RUBIAZOL

ampoules

comprimés

Il a fait ses preuves...

plus de 500 références bibliographiques prouvent l'activité et la parfaite tolérance de la carboxy-sulfamido-chrysoïdine

dans

ERYSIPÈLE . FIÈVRE PUERPÉRALE
GRIPPE . COMPLICATIONS GRIPPALES
MÉNINGITES . SEPTICÉMIES
ROUGEOLE, SCARLATINE, ANGINES
PHLEGMONS, OSTEOMYÉLITES
PLEURÉSIES PURULENTES
PLAIES INFECTÉES, etc.

FORMES EXTERNES

COLLUBIAZOL

COLLUTOIRE AU RUBIAZOL

calme instantanément la douleur

Angines . Rhino-Pharyngites
Stomatites

GYNÉCOLOGIE : Vaginites - Métrites du col etc., etc.

Laboratoires du Dr ROUSSEL - Paris

Reprezentant
pentru România
LABORATORUL
FARMACEUTIC



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 2.21.38

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Importanța diagnostică a puncției ganglionare

de

I. Hatieganu, T. Spârchez, R. Popa, P. Radu, I. Macavei

În diagnosticul sindromelor ganglionare, precizăm de cele mai multe ori natura afecțiunii cu ajutorul semnelor clinice și hematologice. În unele cazuri, aceste date sunt insuficiente și suntem obligați să recurgem la biopsie. Intervenția chirurgicală trebuie făcută cu multă atenție în regiunile bogate în rețea vasculară și nervoasă, mai ales în cazurile de aderențe între ganglioni și țesuturile vecine. Metoda nu este întotdeauna acceptată de bolnav, lăsând cicatrice neestetice în regiunile descoperite.

Aceste dificultăți au determinat introducerea puncției ganglionare în clinică, ca metodă simplă și rapidă de diagnostic.

Prima puncție ganglionară a fost executată în 1904 de E. D. W. Grieg și A. C. H. Gray, cu intenția de a face cercetări bacteriologice. În 1914 Ward, în 1921 Guthrie, iar în 1927 Forkes studiază elementele celulare din frotu.

Lu Pawlosky îi revine meritul de a fi publicat în 1934 prima monografie asupra puncției ganglionare.

În anii următori, metoda este apreciată și studiată de autori de seamă ca Well, în colaborare cu Isch-Wall și Perles, Introzzi, Schilling, Klima și Fieischer, Tischendorf, etc.

În 1939, Stahel, în tratatul său „Diagnostische Drusenpunktion” face un studiu de sinteză, din care reiese utilitatea metodei nouă de explorare.

Dificultățile de diagnostic pe care le-am avut și noi în unele sindrome ganglionare, ne-au determinat de a utiliza metoda în mod curent în clinică.

Tehnica puncției este simplă și se poate executa asupra tuturor regiunilor ganglionare: fixăm ganglionul între două degete, desinfecțăm regiunea cu tinctură de iod. Cu un ac de 2,0 mm. grosime, cu orificiul protejat de mandren, pătrundem în profunzimea ganglio-

nului. Cu o siringă uscată aspirăm de câteva ori. Dacă ganglionul este scleros, dur, mișcăm acul sau cu un mandren detașăm mici părți de țesut, aspirăm din nou. Prin această manoperă reușim să obținem fragmente de țesut sau un produs mai lichid, pe care-l întindem pe lamă, îl fixăm și colorăm cu May Grunwald Glemsa. Puncția este foarte bine suportată de bolnav. În insuccese se poate repeta de mai multe ori. După puncție nu au survenit complicații, — ca supurații, etc.

Citirea și interpretarea lamelor necesită multă experiență, diferențierea celulelor fiind uneori foarte dificilă.

Diagnosticul se face din studiul elementelor celulare care nu își modifică structura citologică. Aspectul microscopic diferă mult de tabloul histologic obținut prin biopsie, în care se poate observa arhitectura ganglionară.

În adenogramă, ca și în mielogramă, apreciem bogăția de celule, procentul lor, varietățile celulare, prezența elementelor patologice și alterațiunile celulare. Din aceste date concludem modificările survenite în structura ganglionară.

Pentru a putea aprecia diferitele adenograme în stări patologice am făcut câteva puncții în ganglioni mici, pe care i-am considerat normali. Imaginile microscopice ne-au permis familiarizarea cu tablourile citologice normale.

În toate adenogramele de acest gen, am constatat prezența limfocitelor adulți, de diferite vârste, în proporție ridicată: 93—96%. Restul elementelor este format din câteva celule limfocitare tinere, de dimensiuni mai mari, având structura nucleară mai fină, protoplasma abundentă și foarte rar limfoblaști cu nucleul reticular, conținând nucleoli. Din seria sistemului reticuloendo-

tellal, se găsesc rare celule reticulare, macrofagi, cu protoplasma nu prea intensă, vacuolară, celule plasmatice și fibroblaști.

Aspectul frotiului este deci monoton, densitatea elementelor fiind redusă.

Caracterele descrise în adenograma normală nu sunt perfect precise, mai ales în ce privește echilibrul celular. Ca și în mielograma normală, nu se poate stabili o demarcație precisă de trecere spre patologic.

Dificultăți de felul acesta întâlnim mai mult în cazurile de afecțiuni ganglionare discrete, adenopatii hiperplastice, fără prea mare importanță clinică.

Sunt însă o serie de sindroame ganglionare în care adenograma este caracteristică și nu poate da loc la confuzii.

Pentru a avea control riguros științific, am studiat toate cazurile și din punct de vedere clinic, verificând rezultatele în cazurile dubioase, prin biopsii.

Studiul nostru cuprinde o serie de puncte executate: a) în afecțiunile ganglionare hiperplastice inflamatorii; b) în afecțiunile cu tendință la procese granulare și c) în afecțiunile tumorale nespecifice.

I. Adenograme în afecțiuni ganglionare hiperplastice. În acest capitol, încadrăm adenitele acute sau cronice, care pot avea etiologii variate. Punctua evidențiază o reacție celulară mai bogată, fără modificări prea evidente în echilibrul celular. Toate elementele din seria limfocitară sunt mai numeroase, mai dense.

În trei cazuri de forme acute cu tendință spre supurație numărul polinuclearelor neutrofile este crescut. Constatăm polinucleare cu structura modificată, alterată, având protoplasma vacuolară, cu granulații toxice, nucleul picnotic. În unele câmpuri distingem macrofage, celule gigante cu protoplasma bogată, nucleul reticular, unele celule cu 2-3 nuclei picnotici, cu nucleoli. Prezența numeroaselor polinucleare, chiar modificate, diferențiază de imaginea adenogramei în tuberculoza ganglionară.

În 4 cazuri de adenite acute simple, am obținut prin puncte o secreție lichidă. Microscopic am constatat o îngrămădire de elemente limfocitare de toate vârstele, cu predominarea limfocitelor adulți și cu o reacție evidentă de celule tinere, limfoblaști. Lipsesc elemente din seria reticulară. Adeseori este greu de făcut diferențierea cu leucemia limfatică. Diagnosticul trebuie stabilit în concordanță cu semnele clinice, ganglionii fiind sensibili la palpare, în adenite. În adenite acute cu tendință evolutivă, pe lângă elementele din seria limfocitară, constatăm numeroase polinucleare neutrofile, unele cu vacuole în protoplasmă și celule endoteliale.

În 4 cazuri de adenite cronice, imaginea microscopică se caracterizează prin densitatea nu prea mare a elementelor celulare. Am găsit limfocite de toate

vârstele, dominând limfocitele adulți, un procent ridicat de fibroblaști și câteva celule reticulare. Echilibrul celular se prezintă în cazurile noastre, în următoarea proporție:

Limfocite mici 54, Limfocite mijlocii 16, Prolimfocite 12, Limfoblaști 5, Celule reticulare 2, Celule reticulare tinere 1, Polinucleare neutrofile 1, Polinucleare eusinofile 1, Fibroblaști 8.

Mononucleosa infecțioasă. În grupul proceselor hiperplastice încadrăm și mononucleosa infecțioasă.

Adenograma în această afecțiune este foarte puțin cunoscută. Downey, Stasney, Pawloszky, iar în ultimul timp Well, Stakel, Tischendorf și Moeschlin au studiat morfologia celulară. Părerile nu sunt unanime, mai ales în ce privește aprecierea elementelor.

Observația pe care o descriem completează literatură, săracă în cazuri identice.

B. I. 32 ani. Consultă clinică pentru frison, ascensiuni febrile, dureri în gât. După câteva zile apar pachete ganglionare de mărimea unei cireși sau nuci, localizate în regiunea cervicală, axilară, inghinală. Amigdalele sunt hipertrofiolate, splina, ficatul, se palpează sub falsele coaste. Globule roșii 4 800.000, hemoglobina 80, leucocite 25.000, polinucleare neutrofile 11, polinucleare eusinofile 3, limfocite mici 12, monocite 6, limfocite atipice 42, monocite atipice 26. Câmpul microscopic bogat în elemente.

Aspectul frotiului indică un proces hiperplastic, cu reacție limfocitară și elemente atipice. Spre deosebire de adenograma normală, constatăm însă celule din seria reticulară asemănătoare elementelor atipice din tabloul sanguin pe care nu le găsim în alte adenograme. Celulele atipice sunt etichetate de unii autori ca monoblaști limfatici. Aspectul lor morfologic este în funcție de stadiul de maturare. Sunt celule de proporții mai mici ca plasmoblastul cu oarecare asemănare cu monocitele. Protoplasma lor este bazofilă, de nuanță albastră nu prea intensă, transparentă. Nucleul are formă rotundă ovală, turtită sau lobată, cu aspect asemănător limfocitelor monocitoizi din emogramă. În unele câmpuri se disting celule în diviziune. Aceste celule, numite monoblaști limfatici, corespund celulelor limfoide ganglionare descrise de Tischendorf.

Semnalam în adenogramă și prezența de celule tinere plasmatice sau plasmoblaști, cari au protoplasma bogată, albastră, conținând vacuole. Nucleul are structura reticulară, fină, conținând nucleoli.

Hiperplazia celulară din adenogramă are deci unele particularități fără caracter leucemic, numărul limfoblaștilor nefiind mărit, ceea ce ne permite să stabilim diagnosticul diferențial cu limfadenoma cronică. Procesul hiperplastic interesează mai mult țesutul reticular, favorizând înmulțirea celulelor din această categorie. Celule cu aspect morfologic asemănător sunt aruncate în sângele periferic.

Leucemia limfatică. Punctua ganglionară în leucemia limfatică nu are importanță prea mare, tabloul clinic și hematologic fiind destul de caracteristic. Adenograma confirmă diagnosticul și demonstrează existența procesului hiperplastic leucemic.

S. A. 51 ani. De 9 luni debilitate, indispoziție, migrene. Se palpează ganglionii cervicali, axilari, inghinali. Nu are temperatură.

Leucocite 18.000, polinucleare neutrofile 9, euzinofile 1, bazofile 1, limfociți 82, limfoblaști 7. Splina depășește falsele coaste cu două degete.

Adenograma: Tabloul monoton format din limfociți de toate vârstele. În toate câmpurile se observă limfoblaști: polinuclearele sunt foarte rare. În unele câmpuri microscopice celule endoteliale și histocitare.

P. A. 60 ani. De 1 an se tumefiază pachetele ganglionare din regiunea cervicală și axilară, ajungând la mărimea unor alune sau nuci. Bolnavul se simte obosit, astenic, nu are temperatură. Ganglionii sunt nedureroși de consistență nu prea dură, nu aderă de straturile profunde. Splina depășește falsele coaste cu două degete, ficatul este mărit. Globule roșii 3.800.000, emoglobina 62%, leucocite 42.000, polinucleare neutrofile 6, limfociți 90, limfoblaști 3, monociti 1.

Adenograma: Câmp microscopic monoton cu înmulțirea monocitelor de toate vârstele, procentul limfoblaștilor fiind mai ridicat. Limfociți mici 20, limfociți mijlocii 28, prolimfociți 38, limfoblaști 10, polinucleare neutrofile 1, emocitoblaști 1. Grupuri de celule endoteliale în unele câmpuri microscopice

E. N. 54 ani. De 2 ani este apatic, obosit, are amețeli. Observă apariția de grupuri ganglionare în regiunea cervicală, axilară și inghinală. Ganglionii sunt sensibili, mobili, splina mărită la percuție, afebril.

Globule roșii 3.550.000, emoglobina 74, leucocite 25.000, polinucleare neutrofile 15, limfociți 80, monociti 1, limfoblaști 1, prolimfociți 3. Densitate evidentă celulară cu limfociți de toate vârstele, predominând elementele tinere.

Adenograma: Limfociți mici 29, limfociți mijlocii 26, prolimfociți 24, limfoblaști 7, eritroblaști 2, emocitoblaști 1, polinucleare neutrofile 2. În unele câmpuri microscopice grupuri de celule endoteliale.

B. I. 70 ani. De 1 an inapetență, migrene, uneori jenă la respirație, palpații, prurit. În regiunea cervicală și axilară se observă ganglionii nedureroși, mobili, care au ajuns la mărimea unor nuci. Afebrili. Globule roșii 3.600.000, emoglobina 50, leucocite 58.000, polinucleare neutrofile 9, polinucleare euzinofile 3, limfociți 84, monociti 1, limfoblaști 3.

Adenograma: Densitate evidentă celulară de limfociți de toate vârstele cu predominarea elementelor tinere. Limfociți mici 36, limfociți mijlocii 28, prolimfociți 24, limfoblaști 10, polineutrofile 2, emocitoblaști 1.

I. A. 45 ani. De 5 săptămâni indispoziție, migrenă. Observă tumefierea ganglionilor cervicali, axilari, inghinali.

Leucocite 15.000, polinucleare neutrofile 20, polinucleare euzinofile 2, limfociți 76, prolimfociți 2.

Adenograma: Densitate evidentă de elemente limfocitare de diferite vârste. În câmpurile microscopice se observă numeroși limfoblaști, numeroase celule endoteliale grupate în unele câmpuri, rare celule histocitare.

În cele 5 cazuri descrise, tabloul clinic și ematologic a fost caracterizat prin hiperplazie limfocitară nu prea variată. Adenograma a evidențiat imagine microscopică monotonă de înmulțire și îngrădărire excesivă a elementelor limfocitare de toate vârstele. Procentul limfocitelor tinere este mai ridicat decât în adenograma normală. Uneori se observă celule endoteliale cu nucleul oval, cromatina reticulară și rare celule histocitare. O diferențiere precisă față de tabloul microscopic în adenitele acute nu se poate face ușor în toate cazurile.

Prezența emocitoblaștilor o semnalăm în observațiile noastre. Acest element celular are dimensiuni mari, structura nucleară reticulară, laxă, conținând numeroși nucleoli colorați albastru intens. Tischendorf identifică cu celula de origine. Stakel îl interpretează ca celulă rotundă tânără. În preparatele noastre nu am remarcat celule macrofage.

Dacă în limfadenoma cronică punctia ganglionară nu are prea mare importanță, sunt forme atipice de leucemie limfatică la care adenograma este indicată, diagnosticul fiind greu de precizat numai din semnele clinice și sangvine.

I. C. 58 ani. De 8 luni dureri în regiunea cervicală dreaptă, cu tumefierea progresivă rapidă a pachetelor ganglionare, ajungând la dimensiunile unui pumn de adult. În timpul din urmă, dureri în urechea dreaptă, mișcările gâtului jenate. Este afebril, a slăbit în greutate.

Cu diagnosticul de limfosarcom se prezintă la consultațiile noastre. Tumora este dură, aderentă de straturile profunde, vasele turgescențe, din cauza turburărilor de circulație. În regiunea cervicală stângă se palpează pachete ganglionare până la dimensiunile unor alune. Splina, ficatul între limite normale.

Globule roșii 3.800.000, emoglobina 70, leucocite 9.200, polinucleare neutrofile 57, polinucleare euzinofile 1, limfociți 38, monociti 4.

Evoluția rapidă, caracterul invadant, duritatea tumorii localizate și examenul sanguin normal sunt semne care pledează pentru diagnosticul de limfosarcom.

Puncția ganglionară a fost hotărâtoare.

Adenograma: Imagine microscopică de proces hiperplastic cu îngrădărire de limfociți de toate vârstele, limfoblaști 7, grupuri de celule endoteliale. Nu constatăm celule cu caracter tumoral.

Pentru a confirma diagnosticul, am făcut și puncția sternală, mielograma trădând prezența unui proces de metaplasie leucemică cu caracter limfocitar.

După radioterapie ganglionii s'au redus, fenomenele de compresiune dispărând.

O altă indicație utilă a puncției ganglionare o semnalăm în leucemiile aleucemice, chiar dacă ganglionii nu ajung la dimensiuni mari. În prima fază a leucemiei limfatice, când semnele clinice sunt absente, iar adenopatia discretă, adenograma este utilă.

I. B. 56 ani. Consultă clinica pentru oboseală, dureri de cap, indispoziție și adenopatie ganglionară discretă.

Globule roșii 4.200.000, emoglobina 72, leucocite 8.600, polinucleare neutrofile 49, limfociți 46, monociti 3, polinucleare euzinofile 2. Ganglionii inghinali și axilari se palpează, au dimensiunile unor boabe de fasole. Splina mărită la percuție, ficatul între limite normale.

Adenograma: Imagine tipică, cu îngrădărire de limfociți de toate vârstele, procentul limfoblaștilor fiind 8%.

Mielograma confirmă diagnosticul: limfociți adulți și tineri 78, limfoblaști 10, mielociti neutrofili 3, mielociti euzinofili 2, polinucleare neutrofile 7.

N. G. 38 ani. De 1 an turburări dispeptice, slăbire progresivă. Ficat, splină, între limite normale. Discretă adenopatie în regiunea cervicală și axilară.

Leucocite 10.000, polinucleare neutrofile 48, polinucleare euzinofile 2, limfociți 45, monociti 5.

Adenograma: Câmpul microscopic uniform, format de numeroși limfociti de toate vârstele. Limfoblaștii sunt în proporție de 8%, câteva celule endoteliale cu nucleu oval, cromatina reticulară.

Ultimele 4 observații sunt de asemenea concludente pentru a demonstra importanța punctelor ganglionare. Diagnosticul clinic în aceste forme este greu de stabilit, mai ales în cazuri tumorale, care evoluează rapid, păstrând multă vreme caracterul aleucemic. Adenograma cu imaginile microscopice monotone, cu hiperplazie limfatică caracteristică, înlătură posibilitățile de confuzie, înlocuind biopsia. În aceste cazuri procesul de metaplazie limfocitară în măduva sternală poate fi absent.

II. Adenograme în afecțiuni cu tendința la procese granulative specifice. În acest capitol încadrăm tuberculoza și limfogranulomatoza ganglionară.

A. Tuberculoza ganglionară. Cel mai mare procent de adenopatii întâlnit în practica medicală este de natură tuberculoasă.

Din punct de vedere clinic, acest sindrom ganglionar prezintă un tablou simptomatologic cu caractere evidente, ușor de diagnosticat. În ganglionul tuberculos se potrec, în cursul evoluției boalei, reacții variate. Din prima fază a hiperplaziei ganglionare, până la faza de fistulizare, recunoaștem originea bacilară, după semnele obiective și fenomenele clinice generale.

În afară de formele banale de tuberculoză ganglionară, survin uneori hiperplazii ganglionare tuberculoase, localizate sau generalizate, greu de diferențiat de tumora ganglionară, de limfogranulomatoză sau alte sindroame adenopatie. Forme atipice cu ganglioni duri — aderenți din cauza dezvoltării țesutului conjunctiv din jurul ganglionului și depozitării de calciu — se pot confunda, în primele faze, cu limfosarcomul.

Diagnosticul diferențial este uneori greu de făcut cu limfogranulomatoza. Semnele precise care indică etiologia apar târziu. De multe ori suntem siliți să recurgem la biopsie pentru precizarea diagnosticului. Intervenția chirurgicală poate fi înlocuită, în foarte multe cazuri, prin punctia ganglionară. Am urmărit și noi adenograma la câțiva bolnavi, mai ales în sindroamele ganglionare atipice, reușind să verificăm etiologia boalei. În tuberculoza ganglionară, adenograma variază în funcție de faza evolutivă a boalei.

F. G. 18 ani. De 3 luni pachete ganglionare discrete în regiunea cervicală, subfebrilitate (37,2). Examenul sânguin normal.

Adenograma: În câmpul microscopic limfociti de toate vârstele, cu dominarea elementelor adulte. Rare celule plasmatică, limfoblaști și polinucleare netrofile. Densitatea celulelor este puțin mai pronunțată decât în cazuri normale. În unele câmpuri, elemente rare cu structură celulară alterată, celule endoteliale cu cromatina nucleară laxă conținând nucleoli.

P. A. 20 ani. De 4 luni se măresc ganglionii cervicali. Examenul sângelui normal.

Adenograma: Reacție discretă limfocitară, cu dominarea limfocitelor adulți. Rare celule plasmatică și limfoblaști. În unele câmpuri se observă numai țesut necrotic, cu foarte puține sau chiar fără elemente celulare.

B. D. 26 ani. Adenopatie discretă în regiunea cervicală dreaptă. Ganglionii neaderenți, nu sunt sensibili. Adenograma identică cu cele din cazurile precedente.

Cele 3 adenograme din faza incipientă a tuberculozelor ganglionare, nu prezintă aspecte prea caracteristice. Imaginea microscopică indică existența unui proces hiperplastic banal, cu discretă reacție a limfocitelor de toate categoriile, dominând elementele adulte de limfociti mici și mari. Densitatea elementelor este mai accentuată decât în cazurile normale. Prezența limfoblaștilor indică un proces hiperplastic. Numărul lor redus însă în tablourile microscopice, diferențiază tuberculoza de procesele leucemice, iar lipsa polinuclearelor neutrofile de tabloul adenitelor acute. O particularitate deosebită este lipsa de structură celulară în unele câmpuri microscopice. Aceasta denotă începutul fazei de necroză, care lipsește în adenogramele din limfogranulomatoză.

În cazurile noastre nu am remarcat figuri de mitoze, încrustări de calciu, sau particule de cărbune în celule, semne cărora Tischendorf le dă o importanță deosebită de diagnostic.

Punctia ganglionară oferă adenograme cu aspecte tipice în adenopatiile tuberculoase evolute, când procesul granular tuberculos specific este format.

G. H. 24 ani. Este îndrumat în clinică de diagnosticul de limfogranulomatoză. De 1 an inapetent, dureri de cap, subfebril. În regiunea cervicală, pachete ganglionare de dimensiunea unor alune. În celelalte regiuni, ganglionii sunt mai mici.

Leucocite 6800, polinucleare neutrofile 68, polinucleare cozinofile 1, limfociti 26, monociti 6. Sedimentarea globulelor roșii foarte puțin accelerată. Splina mărită, la percuție, ficatul nu se palpează. Ganglionii mobili, nedureroși, de consistență nu prea dură, nu aderă de straturile vecine.

Adenograma: Câmpul microscopic format din țesut necrotic colorat acidofil. Rare celule normal colorate, foarte multe elemente celulare, cu structura alterată. În unele câmpuri, aglomerație de limfociti adulți sau mai tineri, câteva celule epiteloide, rare celule reticulare, plasmatică și limfoblaști.

V. A. 30 ani. Consultă clinică pentru adenopatie cervicală și axilară dreaptă, care datează de 1 an. Leucocite 9000, polinucleare neutrofile 45, polinucleare eozinofile 3, limfociti 48, monociti 4.

Adenograma: Câmp microscopic fără structură celulară normală, cu mase amorfă, rare elemente celulare care se pot identifica. În unele locuri limfociti adulți, rare celule epiteloide, nuclei de polinucleare și câteva celule Langhaus.

U. B. 26 ani. Ganglioni cervicali de mărimea unor alune. **Adenograma:** Câmpuri microscopice fără structură celulară, mase amorfă. Identificarea celulelor greu de făcut. Se observă celule gigante Langhaus.

Din ultimele 4 observații reiese aspectul adenogramei în tuberculoza ganglionară evoluată. Câmpul microscopic este caracterizat prin numărul redus de

celule, unele greu de definit din cauza structurii alterate a elementelor celulare normale. Nucleii celulari par omogeni, cu înclinare de a prinde coloranții acizi. Câmpul microscopic face impresia că este format din țesut necrotic, mai ales că se găsesc rare celule cu colorația păstrată și cu structura evidentă. Identificarea celulelor necrotice se face mai mult după forma și dimensiunile lor decât după structură, care abia se zărește. În majoritatea cazurilor găsim limfociti adulți, rare celule reticulare, limfociti tineri, limfoblaști, celule plasmice, și — la câteva câmpuri un polinuclear neutrofil. Ca elemente caracteristice, de valoare diagnostică, sunt celulele epiteloidale cu nucleul oval, alungit, fără nucleoli, cu protoplasma palidă, cu contur vag.

Aspectul caracteristic al adenogramei este de necroză. Pe lângă celulele necrotice se găsesc și mase amorfă, fără structură, colorate acidofil, în care sunt cuprinse fragmente grosolane, granulare, de substanță bazofilă, colorată în albastru violet. Ele reprezintă celulele distruse, cu fragmente nucleare incluse în interior. Acest tablou cu raritatea polinuclearilor exclude necrozele de altă origine inflamatorie și ne atrage atenția asupra leziunilor ganglionare cazeoase sau exudative de natură tuberculoasă.

În frotiurile recoltate din ganglionul cazelficați, aspectul de necroză al adenogramei este și mai evident. Masele amorfă sunt abundente. Din cauza necrozel înalinate, identificarea elementelor nu se mai poate face. Se distinge în unele locuri, mase nucleare aglomerate — 18—20 nucleoli ovalari — având aceeași mărime, dispuși în semicerc, înconjurați de o masă necrotică. Structura nucleară nu se observă. Aceste figuri sunt caracteristice pentru celulele gigante *Langhaus*, demonstrând — împreună cu țesutul necrotic — diagnosticul de tuberculoză ganglionară.

Celulele *Langhaus* se diferențiază ușor de celulele *Sternberg*. Forme identice de celule gigante au fost observate de unii autori în stadiul ganglionar. În această ultimă afecțiune nu găsim țesut necrotic cu mase amorfă.

B. Limfogranulomatoza. Punctia ganglionară în limfogranulomatoză, a fost studiată cu mult interes, acordându-i-se în ultimul timp valoarea unei biopsii. Imaginile microscopice pe care le-am urmărit și noi în câteva cazuri, ne-au permis să considerăm această metodă ca un procedeu de diagnostic care nu trebuie neglijat.

Cu ajutorul citodiagnosticului, am reușit să clarificăm forme de limfogranulomatoză cu simptome clinice incomplete, sau să sesizăm, în unele cazuri, debutul boalei. Sunt cunoscute limfogranulomatoze care au evoluție rapidă și forme de limfogranulomatoze care — din cauza virulenței agresive a virusului — au tabloul clinic asemănător stărilor septice.

Tabloul hematologic poate prezenta de asemenea variațiuni în ce privește echilibrul celular, după cum reiese din cercetările făcute de Gola și alți autori. Se cunosc cazuri de limfogranulomatoze cu leucocitoză sau leucopenie, forme cu eozinofilie sau monocitoze ca la hiperplaziile reticulo-endoteliale.

Toate aceste tablouri clinice și sangvine atipice, cât și cazurile care au simptomatologie redusă, incompletă, pot fi lămurite în parte cu ajutorul punctiei ganglionare.

S. I. 31 ani. De 1 an inapetență, indispoziție, debilitate. Remarcă mici pachete ganglionare în regiunea cervicală și retroauriculară. Subfebrilitate.

Leucocite 6500, polinucleare neutrofile 67, eozinofile 3, limfociti 24, monociti 6.

Adenograma: Polimorfism celular format din numeroși limfociti de toate vârstele, polinucleare neutrofile, rare eozinofile celule endoteliale și reticulare. În unele câmpuri apar celule mari cu unul sau mai mulți nucleoli având aspectul morfologic al celulelor *Sternberg*. Protoplasma este redusă cu structura cromatiniană granulară, nucleul rotund conține nucleoli.

T. P. 44 ani. De 7 luni, în urma unei gripe, bolnavul slăbește în forță fizică și greutate, este inapetenț, obosește la efort, are palpitații. De 5 luni observă apariția pachetelor ganglionare cu tendință de creștere rapidă în regiunea cervicală și inghinală. Cu diagnosticul de leucemie aleucenică, este îndrumat în clinică.

Ganglionii au consistență moale, sunt mobili, ajungând în regiunea inghinală până la dimensiunile unui ou, iar în regiunea cervicală la dimensiunile unei nucii. Splina depășește falsele coaste cu 5 degete. La radioscopia pulmonară ambii hili măriti; în partea dreaptă se desenează o umbră de formă unei ciurchine, având conturul policiclic. Globule roșii 3.000.000, emoglobina 76 Sahli, leucocite 6600, polinucleare neutrofile 73, eozinofile 12, bazofile 2, limfociti 10, monociti 3. După provocare cu injecții de adrenalină: leucocite 11.000, eozinofile 11, bazofile 1, limfociti 31, monociti 1. Mielograma: polinucleare neutrofile 50%, polinucleare eozinofile 2, metamielociti 5, mielociti 15, promielociti 8, normoblaști 15, eritoblaști 3, plasmoblaști 1, celule reticulare 1.

Adenograma: Polimorfism celular cu numeroși limfociti de toate vârstele, polinucleare neutrofile, eozinofile și bazofile. În unele câmpuri celule reticulare și plasmice. Se observă celule *Sternberg* izolate sau grupate. Controlul făcut prin biopsie, la Institutul de Anatomie Patologică, verifică diagnosticul de limfogranulomatoză *Hodkin Paltauf Sternberg*. Se indică radioterapie. După 3 luni bolnavul revine în clinică, adenograma repetată prezintă polimorfism celular mai puțin exprimat. Constatăm numeroși fibroblaști și celule *Sternberg*.

N. P. 42 ani. De 8 luni are jenă la deglutiție, este inapetenț, amigdalele se hipertrofiază, observă creșterea unui ganglion în regiunea subaxilară stângă, ajungând la mărimea unui ou. Este internat într-un spital de chirurgie, unde i se extirpă tumora ganglionară. După o lună apare un nou ganglion în regiunea subaxilară dreaptă, cu tendință rapidă de creștere, până la mărimea unei mandarine. Ganglionii din regiunea axilară inghinală și cervicală sunt palpabili. Se face amigdalectomie. După două săptămâni crește un ganglion în regiunea supraclaviculară stângă.

Biopsie: Numeroase celule polinucleare neutrofile, eozinofile, limfociti și proliferatie de celule reticulare, din care unele iau forma celulelor *Sternberg*.

N. V. 40 ani. De 3 ani adenopatie cervicală și axilară. În cursul verei, ganglionii se reduc de volum, nu aderă de țesuturile

vecine, sunt mobili și nedureroși. Splina se percută până la coasta 7. Globule roșii 3.800 000, emoglobină 56, leucocite 5200.

Adenograma: În câmpul microscopic se observă o serie de celule mari endoteliale, asemănătoare limfoblaștilor, cu nucleul oval sau rotund, structura cromatiniană fină, protoplasma redusă (celule Sternberg tinere). În rest numeroase celule reticulare, polinucleare neutrofile, eozinofile, rare celule plasmatiche.

S. S. 57 ani. De 3 săptămâni prezintă ascensiuni febrile, dureri de cap, văiețuri și tumefierea ganglionilor din regiunea cervicală dreaptă. După o săptămână se măresc ganglionii cervicali stângi, axilari și inghinali. Ganglionii sunt neaderenți, puțini sensibili, au mărimea unei boabe de fasole sau nuci. Leucocite 9000, polinucleare neutrofile 62, polinucleare eozinofile 1, limfociti 32, prolimfociti 3, monociti 2. Mielograma normală.

Adenograma: Densitatea elementelor mai puțin pronunțată decât în cazuri de limfadenoză. Se observă numeroși limfociti de toate vârstele și în proporție mai redusă, polinucleare neutrofile, eozinofile, celule reticulare și plasmatiche. În câteva câmpuri microscopice se văd celule Sternberg tinere și adulte.

D. E. 16 ani. De 4 ani crește în mod progresiv un ganglion în regiunea cervicală dreaptă. După câteva luni, se măresc ganglionii din regiunea cervicală stângă, apoi cei din regiunea inghinală. În ultimul timp, ganglionii din regiunea cervicală dreaptă ajung la mărimea unui ou. De 2 luni bolnavul este subfebril, acuză dureri la nivelul coloanei vertebrale, mișcările de flexiune sunt jenate. Este internat într'un spital, fără să i se poată stabili diagnosticul. Simptomele se agravează, se tumefiază articulațiile genunchiului. Leucocite 6400, polinucleare neutrofile 79, eozinofile 3, limfociti 8, monociti 10. Ficatul mărit, cu suprafața regulată, depășește falsele coaste cu un lat de palmă. Puncția articulară dela genunchiul stâng pozitivă: Se extrag 10 cm. lichid opalescent. În sediment numeroși limfociti și celule endoteliale. Radiografia coloanei lombosacrate: Vertebra 2 lombară are în partea superioară și lateral contur neregulat. Porțiunea laterală a corpului vertebral și ambele apofize transverse prezintă decalcifiere foarte neregulată, astfel încât apofiza transversă stângă are aspect spongiu, cu contur neclar. Zonă de calcifiată se observă și la nivelul corpului vertebrei 1 lombare, apofiza transversă dreaptă este mult decalcifiată, cea stângă complet osteolizată. Radiografia danturei: granuloame la rădăcina molarilor 2 și 3.

Tabloul clinic caracterizat prin simptomatologie variată a fost foarte repede clarificat cu ajutorul puncției ganglionare.

Adenograma: În câmpul microscopic numeroase celule mari cu mulți nuclei, având aspectul celulelor Sternberg. În diferite câmpuri se observă și celule Sternberg tinere cu nucleu rotund. Majoritatea elementelor o formează limfociti de toate dimensiunile. În unele câmpuri, se văd polinucleare neutrofile, eozinofile, rare celule plasmatiche, reticulare, eritroblaști policromatofili. Diagnosticul de limfogranulomatoză a fost verificat și prin biopsie.

Observația descrisă este interesantă prin varietatea de simptome, în urma localizării procesului granular specific în multe organe, dar mai ales în sistemul osos.

În clinica noastră, cazurile de limfogranulomatoză osoasă nu au fost prea frecvente. De obicei această localizare se semnalează în faza evolutivă a boalei sau la îndivziri care urmează tratamente cu raze X.

Lucrările publicate de o serie de autori arată în timpul din urmă, că limfogranulomatoza osoasă survine într'un procent destul de ridicat, semnele radiologice precedând simptomatologia clinică. Bolnavii acuză dureri sau turburări funcționale numai atunci când procesul

osos prezintă modificări evidente la radiogramă sau când procesul osos vine în conflict cu sistemul nervos de vecinătate.

S. I. 30 ani. De 2 ani adenopatie cervicală discretă, subfebrilitate, uneori prurit, ganglionii neaderenți nu sunt sensibili la palpare, splina, ficatul între limite normale.

Adenograma: Polimorfism celular evident. În unele câmpuri se observă celule endoteliale mari, rotunde sau poliedrice, având protoplasma albastru deschis, bogată, cu granuații azurofile, nucleul oval. Se observă și celule mari cu mulți nuclei (Sternberg).

Din cele 6 observații descrise se desprinde importanța diagnostică a adenogramei în limfogranulomatoză. Tabloul microscopic este destul de caracteristic, prezentând oarecare modificări în cursul evoluției boalei. În faza incipientă, când avem numai un proces inflamator, un catar al sinusului ganglionar, fără aspect specific din punct de vedere histologic, dăm atenție deosebită hiperplaziei celulare.

Spre deosebire de adenogramele cu caracter hiperplastic din procesele inflamatorii, constatăm în limfogranulomatoză polimorfism celular, cu prezența limfocitelor de toate vârstele, numeroase polinucleare neutrofile, polinucleare eozinofile, monociti și celule reticulare, plasmatiche. Densitatea elementelor nu este atât de exprimată ca în procesele inflamatorii acute. În această fază lipsesc celulele Sternberg adulte cu nuclei multipli. Se găsesc însă o serie de celule endoteliale mari, asemănătoare limfoblaștilor, cu nucleul oval sau rotund, având structura cromatiniană fină și protoplasma nu prea abundentă. La unele celule constatăm nucleoli în nucleu. Aceste elemente celulare au fost interpretate de Kilma și Fleischer ca celule tinere Sternberg. Totuși ele nu sunt tipice, astfel diagnosticul de limfogranulomatoză nu se poate afirma cu certitudine, mai ales dacă nici polimorfismul celular nu este prea evident.

Din cauza dezvoltării țesutului de granulație specific, în faza de stare a boalei, adenograma prezintă imagini microscopice complexe. Ea se caracterizează: prin a) prezența celulelor Sternberg în diferite faze de maturare, b) polimorfism celular exprimat.

Celulele Sternberg adulte sunt elemente mari care nu se pot confunda cu alte celule, au mulți nuclei cu structura cromatiniană fină, ovali sau rotunzi, situați central, cu numeroși nucleoli. Protoplasma este difuză, vacuolară, fără limită precisă, cu reacție policromatofilă, având structura fină, granulară sau hialină. În afară de formele adulte se găsesc celule Sternberg tinere, de talie mică, izolate sau grupate, cu structură cromatiniană nucleară mai fină, conținând mai puțin nucleoli și având protoplasma albastră, vacuolară, nu prea bogată. Well le etichetează de celule histioide presterbegiene.

Autorii care s-au ocupat cu studiul morfologic al elementelor celulare caracteristice adenogramei, se deosebesc numai în aparență în descrierea elementelor.

Deoseblirea constă mai mult în nomenclatura dată diferitelor celule. Hamdi, Hueck, Estrada descriu celulele epliteloidale din care derivă celulele Sternberg. Welasca-Montes observă în adenogramă — înafara celulelor Sternberg — și celulele endoteliale mici, rotunde sau poliedrice, cu granulație azurofilă, cu protoplasma emogena, care trebuiesc considerate ca celule presterbergene. Aceste varietăți însă, împreună cu celulele Sternberg, fac parte din același țesut, având același origine. Micile diferențe sunt datorite probabil procesului de maturare și fazei de dezvoltare în care se găsesc elementele celulare.

Polimorfismul celular, verificat în toate cazurile noastre este al doilea element caracteristic al adenogramei. Well acordă polimorfismului celular o importanță deosebită, comparându-l cu tabloul colorat din leucemia mieloidă cronică. În toate câmpurile microscopice se găsesc elemente foarte variate. Domină de sigur limfocitii de toate vârstele, sunt însă destul de frecvente polinucleare neutrofile, eozinofile, celule reticulare, endoteliale, plasmice, monocite, celule monocitoide. Acest tablou denotă că ganglionul are o structură histologică deosebită, în urma procesului de hiperplazie dezordonată. Procentul celulelor nu este fix. După dominarea diferitelor elemente, Well a descris varietăți deosebite:

a) forme cu hiperplazie monocitară; b) forme cu eozinofilie; c) forme cu polinucleare neutrofile (70%); d) forme tip fibros.

Tot ca varietăți deosebite Pawlowsky descrie:

1. Tip de adenogramă cu eozinofilie; 2. Tip de adenogramă cu numeroase celule Sternberg; 3. Tip pseudolinfosarcomatos; 4. Tip fibros.

Toate aceste clasificări sunt arbitrare, fără prea mare importanță.

În formele de limfogranulomatoză cu evoluție lungă, tratate prin radioterapie, aspectul citologic este schimbat. Prin dezvoltarea țesutului fibros adenograma se modifică. Polimorfismul celular pare mai puțin evident. Densitatea elementelor este redusă, celulele Sternberg sunt prezente. Găsim și numeroși fibroblaști, celule alungite cu protoplasma albastră, nucleul oval.

Sunt și forme de limfogranulomatoză atipice, maligne, având evoluție rapidă, cu determinări viscerale.

Imaginea adenogramei se deosebește de aspectul formelor obișnuite. Elementele sangvine, limfocitii, întreaga gamă de polinucleare, monocite, sunt ca număr redus. În câmpurile microscopice găsim însă o bogăție de celule endoteliale tinere sau adulte. Celulele gigante sunt numeroase, au mărimi variate, polimorfe, cu mulți nuclei, unele elemente având în protoplasmă degenerescență vacuolară.

Aceste cazuri de limfogranulomatoză cu caracter malign, trebuiesc bine diferențiate atât din punct de vedere clinic, cât și citologic cu sarcomul.

Din descrierea adenogramei observate în diferite faze ale limfogranulomatozei, se poate trage concluzie favorabilă asupra indicației și valorii puncției ganglionare.

Comparând această metodă cu biopsia, trebuie să recunoaștem că citodiagnosticul este destul de dificil, prin citirea singuratelor celule. Atunci când elementele caracteristice sunt prezente în câmpul microscopic, valoarea adenogramei este incontestabilă, chiar și în cazurile când biopsia ne dă rezultat negativ.

În concluzie enunțăm că cele două metode de diagnostic sunt foarte prețioase în limfogranulomatoză. Ele nu-și fac concurență ci se întregesc.

Ca valoare diagnostică, puncția ganglionară este mult superioară mielogramei. În froturile recoltate din măduva osoasă, celulele Sternberg se găsesc mai rar și sunt contestate de unii autori.

III. Adenograma în tumori. Tabloul clinic se pretează uneori la confuzii și în adenopatiile tumorale. Greșelile se fac în perioada metastatică, în cazurile când tumora primitivă nu poate fi pusă în evidență. Diagnosticul clinic se afirmă în faza când adenopatia tinde la formarea de mase mari, dure și la fenomene de compresiune. Dacă evoluția clinică nu este prea agresivă, diferențierea față de limfogranulomatoză trebuie studiată cu mare atenție. Cu ajutorul puncției ganglionare am reușit să stabilim într-o serie de cazuri, diagnosticul cu destulă ușurință.

H. D. 37 ani. De 3 ani apare în regiunea submaxilară stângă un ganglion de mărimea unui bob de porumb, cu tendință de creștere, ajungând la mărimea unei nuci. În timpul din urmă apar noi ganglioni cari formează conglomeratii. Uneori ascensiuni febrile, transpirații, dureri de cap, diaree (4—5 scaune zilnic). Uneori prurit. A fost internat într-un spital, unde i s-au făcut injecții tonice. De câteva luni, ganglionii se măresc, durerile de cap se intensifică, sunt permanente. Pofta de mâncare este păstrată.

Bolnavul este internat în clinică cu diagnosticul de limfogranulomatoză. Ganglionii sunt duri, sensibili, unii confluenți și aderenți de țesuturile profunde. Circulație colaterală discretă. În abdomen se palpează formațiuni ganglionare, mai ales în regiunea epigastrică. Ficatul mărit, suprafața regulată. La radioscopie mica curbura infundată, de o tumoră gastrică. Aciditățile gastrice normale. Leucocite 6800, polinucleare neutrofile 69, eozinofile 4, limfocite 21, monocite 6.

Adenograma bogată în celule de talie variată. Cele mai multe elemente sunt de dimensiuni mari cu nuclei rotunzi sau ovulari neregulați. Cromatina este difuză, în rețea fină, protoplasma abundentă, de formă variată, reacția policromatofilă. Se observă rare elemente de aspect monstruos, cu protoplasma mai intens colorată, hiperchromată, 2—3 nuclei de formă variată, intens colorați. Limfocitii și celulele plasmice sunt rare. Diagnosticul de tumoră cu caracter sarcomatos a fost verificat în biopsie, precizându-se diagnosticul de *melanoblastom* acromic (Masson), cu punct de plecare ocular sau alt țesut melanogen. La examenul oftalmoscopic se constată deslipirea retinei bilateral.

A. C. 32 ani. Este îndrumat în clinică cu diagnosticul de adenopatie tuberculoasă. De 1 an se măresc ganglionii din regiunea cervicală stângă. În timpul din urmă slăbește, are migrene. Pache-

tele ganglionare sunt confluențe, aderente de țesuturile vecine, examen sanguin normal.

Adenograma: În câmpul microscopic numeroase elemente celulare îngrămădite dezordonat, cu forma alungită, nucleul ovular sau fusiform cu rețeaua cromatiniană destal de rară. Protoplasma bazofilă, redusă la unele celule, abia se poate evidenția. Diagnosticul de limfosarcom a fost verificat prin biopsie.

S. W. 43 ani. Dureri în articulația degetelor dela mână stângă, senzație de amețală. În același timp observă creșterea unui ganglion în axila stângă. Durerile se accentuează, tumora ajungând la mărimea unui ou. Este dură, mobilă. Examenul sanguin normal.

Adenograma: Câmpul microscopic plin de celule de talie mare. Nucleul rotund cu structura cromatiniană în rețea laxă, conține unul sau mai mulți nucleoli. Protoplasma abundentă, vacuolizată, are culoare inegală dela acidofil la bazofil. Se observă și celule monstruoase cu mulți nuclei (3—8) mai intens colorați, protoplasma bazofilă intensă. Rare polinucleare și celule plasmatice. Elementele din seria limfatică lipsesc.

Biopsie: Tumoră nevică, melanoblaston nediferențiat.

R. K. 43 ani. De 4 luni crește în regiunea cervicală stângă un ganglion care ajunge la mărimea unei nuci. De 3 săptămâni apar mici ganglioni în regiunea retroauriculară și subclaviculară stângă, dureri de cap. Ganglionii nu aderă de țesuturile vecine, sunt foarte puțini sensibili. Examen sanguin normal. Radioscopia tubului digestiv negativă.

Adenograma: În câmpul microscopic se observă elemente tumorale numeroase cu polimorfism celular evident. Celulele sunt inegale, de talie mare. Protoplasma bogată, vacuolară, difuză, cu granulație de nuanță roșietică. Nucleul pignotic are dimensiuni mici în raport cu extinderea protoplasmei, conține nucleoli. Elementele din seria limfatică lipsesc.

Biopsie. Tumoră metastatică, fără să se poată preciza dacă punctul de plecare este dela stomac sau mamelă. După 3 săptămâni, palpăm în profunzimea mamelei stângi o rezistență de mărimea unei nuci.

A. A. 39 ani. De 8 luni obosește la efort, inapetență, slăbire. În regiunea cervicală dreaptă, ganglioni cari au ajuns la dimensiunile unei alune, sunt mobili, duri. Ficatul depășește falsele coaste de 3 degete, suprafața regulată, consistență de organ. Examen sanguin normal. La radioscopie umbre hilare mai accentuate în dreapta.

Adenograma: Placarde de celule mari polimorfe. Nucleul este mare, bine colorat, cu nucleoli mari, de nuanță albastră. Protoplasma abundentă, vacuolară, colorată roșu violet. Figuri numeroase de mitoze.

B. A. 44 ani. De 9 luni dureri abdominale după alimentație, grețuri. De 4 luni ghiorăituri, simte ganglioni cari cresc în abdomen. A scăzut în greutate. Abdomenul destins cu numeroase rezistențe mobile de mărimea unui pumn de copil. La tușeul rectal, ganglioni de mărimea unor nuci.

Adenograma (recoltată dintr'un ganglion abdominal); Placarde de celule cilindrice cu caracter polimorf, având nucleul mare, cu nucleoli, protoplasma vacuolară difuză. Nu se disting elemente din seria limfatică. Bolnavul a sucombat după câteva săptămâni. La autopsie se constată cancer al colonului, cu metastaze peritoneale și în epiplon.

N. I. 33 ani. De 3 luni observă apariția unui ganglion în axila stângă, care a ajuns la mărimea unei mandarine. Bolnava a fost tratată cu injecții de calciu, compresii locale. În timpul din urmă, are ușoare dureri în mână stângă. Starea generală foarte bună. Ganglionul este mobil, nedureros, de consistență nu prea dură.

Adenograma: Întreg câmpul microscopic este plin de celule polimorfe, nucleul mare, oval sau turtit, cu structura cromatiniană

intensă, conține numeroși nucleoli. Protoplasma abundentă, vacuolară. Se observă numeroase figuri de mitoze. Se extirpă ganglionul, confirmându-se diagnosticul de limfosarcom.

B. A. 40 ani. De 6 luni ganglionii cervicali se măresc, ajungând la dimensiunea unei nuci, sunt nedureroși. Bolnavul a slăbit în greutate. Leucocite 6000, polinucleare neutrofile 67, eozinofile 3, limfociti 23, monociti 5, celule endoteliale 2.

Adenograma: Densitate celulară bogată, cu elemente polimorfe atipice ca dimensiuni și forme. Protoplasma celulelor este subțire, nucleul rotund sau oval, umple întreaga celulă. Cromatina nu prea abundentă conține numeroși nucleoli. Unele celule au mai mulți nuclei. În protoplasmă se observă procese de degenerescență vacuolară. Lipsesc celule din seria limfocitară.

Citodagnosticul rezultat din punctia ganglionară în cele 7 cazuri demonstrează utilitatea metodei și importanța ei practică pentru clinică. Deși adenograma nu se compară ca valoare diagnostică cu biopsia, neputând să diferențieze toate varietățile de țesuturi din punct de vedere histologic. Cu toate acestea punctia are importanță deosebită, întru cât din aspectul microscopic al frotiului stabilim existența procesului tumoral, verificând sau corectând diagnosticul clinic. Celulele tumorale sunt celule străine, au caractere destul de bine distincte, nu se aseamănă cu elementele limfocitare din ganglionii normali și se diferențiază de celulele care se găsesc în frotiurile obținute din ganglionii în care se petrec procese hiperplastice sau granulativе.

În observațiunile noastre figurează câteva varietăți de tumori primare și secundare ganglionare.

Sarcomul primitiv, cu celule mari, are un tablou microscopic ușor de recunoscut. Frotiul este format din celule numeroase, de formă variată, ovale, rotunde, neregulate. Atipia și polimorfismul celular sunt elemente caracteristice. Protoplasma este subțire, cu reacție policromatofilă. Nucleul mare, are forme deosebite, cu cromatina granulară fină conținând numeroși nucleoli, cari se colorează albastru intens. Elementele din seria limfatică sunt rare.

Sarcomul microcelular se pretează ușor la greșeli, din cauza celulelor de dimensiuni mici, asemănătoare limfocitelor de diferite vârste. Diagnosticul diferențial este dificil, mai ales cu hiperplaziile ganglionare și cu procesele leucemice. Atipia și polimorfismul nu sunt prea evidente, din cauză că elementele au dimensiuni mici. Structura morfologică a nucleului se deosebește de structura elementelor celulare din seria limfatică. În raport cu dimensiunea celulei, nucleul mare este rotund sau oval, cu cromatina bogată, conține mulți nucleoli, protoplasma foarte subțire. În aceste cazuri diagnosticul trebuie verificat prin biopsie.

Adenograme recoltate din tumori cu punct de plecare în sistemul reticulo-endotelial sunt puțin studiate. În locul elementelor limfocitare, găsim în frotiuri abundentă de celule reticulare de dimensiuni, forme și vârste variate. Atipia și polimorfismul celular sunt indici pre-

Hormonul lactației

pentru prima oară introdus în terapeutică
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană
este cel mai favorabil mod de întrebuințare
pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea
timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
T e l e f o n 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

floase de diagnostic. În general, celulele sunt mari, au nucleul rotund, oval sau neregulat, cu cromatina mai săracă, nucleoli slab colorați. Protoplasma este extinsă, ramificată, palidă. Procese de degenerescență vacuolară se observă rar. Unele elemente au nucleu dubiu, sunt rare celule gigante. Lipsesc elemente din seria limfocitară. Diagnosticul cu reticuloendotheliile inflamatorii trebuie făcut cu multă atenție. Aspectul morfologic al celulelor singurate din frotiu nu ne permite însă să precizăm varietățile de reticulo-endoteliome pe care le descriu anatomo-patologii din punct de vedere histologic.

Tumorile secundare ganglionare survin mult mai frecvent în clinică. Cancerul metastatic are un tablou microscopic caracterizat prin prezența celulelor mari, atipice, polimorfe, așezate în placcarde sau singurate. Celula canceroasă are dimensiuni mai mari decât cea sarcomatoasă. Protoplasma este abundentă, variabilă ca colorație de la bazofilă la acidofilă, prezintă procese de degenerare grăsoasă, vacuolare. Nucleul are dimensiuni mari, formă variată, rotundă, ovulară sau neregulată. Structura cromatinară în rețea laxă ambicromatică, conține unul sau mai mulți nucleoli colorați albastru. O particularitate deosebită o constituie și prezența celulelor mari, monstruoase, cu 2—8 nuclei intens colorați, cu protoplasma mai albastră.

Recunoașterea tumorii primitive din punctia ganglionară este foarte greu de făcut. Autorii descriu cancerul metastatic esofagian cu celule tipice voluminoase, nucleul rotund sau turtit, foarte intens colorat, cu nucleoli mari, protoplasma bogată omogenă sau fin granulară, vacuolară, de nuanță roșatică, mai albastră în apropierea nucleului.

Celulele pline de pigmenți ne atrag atenția asupra melano-carcinomului.

Sarcomul metastatic se prezintă cu celule de dimensiuni mai mici. Polimorfismul și atipia celulară nu sunt așa de manifeste ca la cancer. Nucleul este fusiform, protoplasma mai puțin abundentă. Albertini descrie cazuri de sarcome microcelulare rotunde, caracterizate prin prezența fragmentelor de nuclei și resturi de protoplasme.

Citodiagnosticul tumorilor ganglionare este în faza de studiu.

Experiența noastră, în diagnosticul tumorilor, se referă la puține cazuri. Nu avem pretenția de a specifica varietățile de tumori secundare sau diferite forme histologice de tumori primitive, studiu care necesită observațiuni îndelungate. Totuși am reușit cu ajutorul adenogramelor să descriem cazuri al căror diagnostic clinic a fost dubios.

Concluziuni:

1. Punctia ganglionară este o metodă simplă, utilă și rapidă de diagnostic, având în foarte multe cazuri valoarea unei biopsii.

2. Modificările survenite în structura ganglionară se pot aprecia din bogăția de celule, modificarea echilibrului celular, varietățile de celule, prezența elementelor patologice și alterația celulelor, observate în frotiuri.

3. În procesele hiperplastice inflamatorii, adenograma se caracterizează prin îngrămădirea și înmulțirea elementelor limfocitare de toate vârstele, fără ca din acest tablou microscopic să putem trage concluzii precise asupra procesului anatomo-patologic.

4. În tuberculoza ganglionară, aspectul microscopic de necroză, prezența celulelor epiteliale și celulele Langhans sunt elemente sigure de diagnostic.

5. În limfogranulomatoză punctia ganglionară are valoarea unei biopsii atunci când evidențiem polimorfism celular și prezența celulelor Sternberg adulte sau în diferite faze de maturare.

6. În mononucleoza infecțioasă, adenograma se caracterizează prin hiperplazie limfocitară, cu prezența elementelor atipice mononucleare asemănătoare cu cele din sângele periferic.

7. În leucemia limfatică, imaginea microscopică se diferențiază de a celorlalte procese hiperplastice prin îngrămădirea de elemente limfocitare de toate vârstele, procentul limfoblaștilor fiind mult mărit.

8. În procesele tumorale stabilim diagnosticul din prezența numeroaselor celule polimorfe izolate sau grupate, fără niciun sistem. Elementele tumorale au structură morfologică deosebită de a celulelor țesutului limfatic, unele prezentând alterațiuni degenerative sau aspect monstruos, cu nuclei multipli.

CLINICA MEDICALĂ I. CLUJ—SIBIU

Director: Prof. I. Hatieganu

RESUMÉ

L'importance diagnostique de la ponction ganglionnaire

1. La ponction ganglionnaire est une méthode de diagnostic simple, utile et rapide. Elle a, dans beaucoup de cas, la valeur d'une biopsie.

2. La richesse des cellules, la modification de l'équilibre cellulaire, les variétés de cellules, la présence d'éléments pathologiques et l'altération des cellules observées dans les frottis, sont autant d'éléments qui permettent d'apprécier les modifications survenues dans la structure ganglionnaire.

3. Dans les processus inflammatoires hyperplastiques l'adenogramme se caractérise par l'agglomération et l'augmentation des éléments lymphocytaires de tout âge. Ce tableau ne permet toutefois pas de tirer une conclusion précise d'ordre anatomo-pathologique.

4. Dans les cas de tuberculose ganglionnaire l'aspect microscopique de nécrose, la présence de cellules épithéliales et de cellules Langhans sont des éléments sûrs de diagnostic.

5. Dans la lymphogranulomatose la ponction ganglionnaire a la valeur d'une biopsie si nous mettons en évi-

dence un polymorphisme cellulaire et la présence de cellules Sternberg adultes ou en diverses phases de maturation.

6. Dans la mononucléose infectieuse l'adénogramme se caractérise par une hyperplasie lymphocytaire qui présente des éléments mononucléaires atypiques semblables à ceux du sang périphérique.

7. Dans la leucémie lymphatique l'image microscopique diffère de celle des autres procès hyperplastiques par l'agglomération d'éléments lymphocytaires de tout âge, le pourcentage de lymphoblastes étant de beaucoup accru.

8. Dans les procès tumorales on établit le diagnostic à l'aide de la présence d'un grand nombre de cellules polymorphes isolées ou groupées sans aucun système. Les cellules tumorales ont une structure morphologique différente de celle des cellules du tissu lymphatique, les uns présentant des altérations dégénératives ou un aspect monstrueux, avec de multiples noyaux.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Wichtigkeit der Lymphdrüsen Punktion für die Diagnose der Lymphdrüsen Erkrankungen

1. Die Punktion der Lymphdrüsen ist eine einfache Methode, nützlich und schnell für die Diagnose, sie hat in vielen Fällen die Bedeutung einer histologischen Untersuchung.

2. Veränderungen in der Lymphdrüsenstruktur können beurteilt werden aus dem Zellenreichtum, der Veränderung des Zahlenverhältnisses der Zellen, Zellenvarietäten, Ge-

genwart pathologischer Elemente, Zellenveränderungen, die alle im Ausstrichpräparat konstatiert werden können.

2. Bei hyperplastischen entzündlichen Prozessen ist das Adenogramm charakterisiert durch die Anhäufung und Vermehrung lymphocytärer Elemente jeden Alters, ohne dass man jedoch aus diesem mikroskopischen Bild präzise Schlüsse ziehen könnte über die pathologisch-anatomische Natur des Prozesses.

4. Bei Drüsentuberkulose sind der Nachweis von Nekrosen, Gegenwart von Epithelial- und Langhansscher Zellen sichere Elemente für die Diagnose.

5. Bei Lymphogranulomatose hat die Drüsenpunktion die Bedeutung einer Biopsie dann, wenn wir Polymorphismus der Zellen sowie reife oder in verschiedenem Stadium der Reifung befindliche Sternbergsche Zellen nachweisen können.

6. Bei infektiöser Mononukleose ist das Adenogramm charakterisiert durch lymphocytaire Hyperplasie und Gegenwart atypischer mononukleärer Elemente ähnlich denen im peripheren Blut.

7. Bei lymphatischer Leukämie unterscheidet sich das mikroskopische Bild von dem anderer hyperplastischer Prozesse durch die Vermehrung lymphocytärer Elemente jeden Alters, wobei der Prozentsatz der Lymphoblasten stark erhöht ist.

8. Bei Tumoren können wir die Diagnose aus der Gegenwart zahlreicher polymorpher Zellen stellen, die isoliert oder in Gruppen liegen, ohne jedes System. Tumorelemente haben eine von dem lymphatischen Gewebe verschiedene morphologische Zellenstruktur, indem einige degenerative Veränderungen oder monströse Formen mit multiplen Kernen aufweisen.

Infecția de focar

de

I. Goia

(Continuare din Nr. 5)

Și mai convingătoare sunt, pentru originea alergică a manifestărilor la distanță în infecția de focar, rezultatele obținute prin cercetările experimentale, făcute pe animale. Dintre acestea trebuie să fie amintite în prima linie cercetările lui Bieling, fiindcă în linii generale ele, se poate spune, că reproduc procesul ce se petrece în infecția de focar. Bieling, pentru a putea imuniza calf față de diferiți coci (pentru a obține ser în scop terapeutic), introduce subcutanat cantități din ce în ce mai mari de microbi. În esență deci, el produce în țesutul subcutanat o infecție de ordin local. După ce a obținut o stare de imunitate remarcabilă, injectează același microbi pe cale intravenoasă. În virtutea imunizării câștigate anticipat, calf nu fac septicemie, ci asistăm la un fenomen interesant, anume: *microbii sunt îndreptați în mod regulat și invariabil în articulații și în endocard*. În felul acesta se obțin în mod stereotip aceleași

lezioni, cu un tablou istologic caracteristic pentru endocardită și artrită. Aceasta dovedește în mod neîndoios, că în producerea leziunilor organice rolul principal revine felului cum se comportă organismul și nu proprietăților originale biologice ale microbilor.

De altă parte Klinge a reușit să producă la cobai sensibilizați în prealabil cu ser de cal, *artrite acute și cronice*, injectând mai târziu serul de cal direct în articulații. Cu alte cuvinte el reușește să determine *artrite serice iperergice, aseptice*. De altă parte a mai constatat că la animalele, care nu au fost în prealabil tratate cu ser, acesta fiind injectat în articulație, nu produce nici o reacție. Făcând apoi examinări istopatologice amănunțite, a putut constata, în artritele produse în mod experimental, un *proces inflamator cu caracter exudativ-degenerativ ce se manifestează în intumescența țesutului conjunctiv*, precum și pre-

zența unor *infiltrațiuni celulare*, formate de celule gigante cu mai mulți nuclei și grupate în formă de granulome. Tabloul istologic constatat în artrita serică — cu alte cuvinte — prezintă o *asemănare impresionantă cu leziunile ce s'au găsit în reumatismul articular* (condiționat de infecția de focar). Mai mult, *Klinge* le consideră ca fiind *absolut identice*. Prin urmare există o congruență surprinzătoare între artrita serică, produsă de o reacție alergică-iperergică și leziunile determinate de infecția de focar. Prin analogie, această constatare constituie unul din argumentele cele mai serioase că inflamația articulațiilor în infecția de focar se produce tot printr-o *reacție iperergică*. Analogia aceasta a fost întrevăzută în mod intuitiv, cu mult înainte de aceste experimentări, de *Müller și Weintraud*, care au semnalat pentru prima oară asemănarea clinică ultimatoare dintre poliartrita serică și cea reumatică acută, care mai au și trăsătura comună, că manifestările articulare sunt *efemere, fluxionare*.

Cercetările experimentale, amintite mai sus, au mai arătat că prin injecții cu ser se pot reproduce nu numai manifestările clinice și anatomo-istologice ale reumatismului articular acut, ci chiar și leziunile viscerale, dacă după o prealabilă sensibilizare se practică o a doua injecție cu ser pe cale intravenoasă. În cazul acesta s'au constatat leziuni pronunțate pe *valvulele cardiace, în vasele coronariene și în aortă, care prezintă aceleași caractere ca și acelea din artritele reumatice*.

Cercetările acestea au mai arătat că leziunile articulare și viscerale, descrise mai sus, identice cu cele reumatice, pot fi reproduse nu numai prin injecții cu ser, ci și cu alte antigene eterogene, dacă ele sunt capabile să declanșeze o reacție alergică-iperergică. Tot aici amintim că *Dietrich și Siegmund* au reușit să producă printr'un mecanism alergic chiar și *angite și flebite*.

În afară de artrite acute și cronice, infecția de focar determină foarte des și leziuni renale de natură inflamatorie. De fapt s'au putut produce, experimental, pe animale, atât nefrite parcelare cât și nefrite difuze cu alergene provenite de la cel mai variat microbi, mai ales dacă au fost întrebuințate lizate de coci. *Masugi*, prin *anafilaxia inversată*, obține glomerulo-nefrite difuze cu edem, oligurie, albuminurie, într-o proporție care se ridică la 100%. Acest autor administrând iepurilor, intravenos, ser sanguin provenit de la găște, tratate în prealabil cu rinichi de iepure, reușește să reproducă tabloul clinic și istologic al glomerulo-nefritelor pe cale alergică. În prezent chiar *Volhard*, cel mai bun cunoscător al nefropatiilor medicale, încredințează infecția de focar în producerea nefritelor, care ar lua naștere printr-o *reacție vasculară alergică*. În spiritul acestor teze s'ar produce, grație stărilor alergice, o reacție vasculară care determină o *ischemie angio-spastică*.

În afară de aceste cercetări experimentale se mai pot invoca și o seamă de observații clinice, care de asemenea vin să pledeze în sensul că manifestările secundare ale infecției de focar sunt determinate de un *mechanism alergic-iperergic*. Este astfel cunoscut că în anamneza bolnavilor de reumatism articular sau de nefrită, la un interogator mai amănunțit, adeseori vom afla că ei au prezentat în prealabil angine. În marea majoritate a cazurilor, însă, reumatismul și nefrita nu se declară după prima angină, ci *după angine repetate*. Cu alte cuvinte, numai după ce s'a produs o prealabilă sensibilizare a organismului și acesta a elaborat anticorpi, poate o nouă angină declanșa reacțiunea iperergică, determinând leziuni renale sau articulare.

Anginele repetate trădează tocmai prezența infecției de focar amigdalare, care au luat naștere între timp. Cu alte cuvinte: *recidivele de angină sunt determinate de recrudescența infecției de focar, aflată în amigdale*.

Observații clinice riguroase au arătat, însă, că uneori reumatismul acut apare chiar și după prima angină, un fapt clinic care în aparență pledează contra mecanismului alergic-iperergic. În aceste cazuri la o anchetă mai amănunțită adeseori vom afla că reumatismul acut, sau nefrita acută, apare *la un anumit interval după ce a decurs angina*. Acest răstimp se cifrează la 1—3 săptămâni, adică timpul necesar ca să se producă sensibilizarea și starea alergică. Aci trebuie menționat încăși faptul foarte caracteristic că în scarlatină, poliartrita, care de altfel are toate caracterele unei poliartrite reumatice acute, apare abia în săptămâna a doua, adică după un interval necesar ca să se producă anticorpi. Aceasta își găsește echivalentul în poliartrita care apare după o singură injecție cu ser, în timpul boalei serului, care se produce la 7—14 zile după administrarea serului.

Experiența clinică arată încăși, că uneori reumatismul poliartricular acut se produce *în același timp cu o angină*. În cazul acesta e mai mult ca probabil că organismul a fost în prealabil sensibilizat printr-o inflamație amigdalară, care a evoluat asimptomatic, sau sensibilizarea a fost determinată de *streptococzi latente*, (localizate în cavitatea bucală, sinusuri, dinți) care cu toate acestea au produs starea alergică pe care se grefează la o nouă angină reacția iperergică.

Cercetările experimentale și clinice, specificate mai sus, deschid o perspectivă cu totul nouă și nebănuită nu numai în ceea ce privește infecția de focar și problema atât de obscură încă, a reumatismului, ci ele sunt de natură de a avea o înrăurire importantă asupra întregii patologii umane.

În infecția de focar, după cum am văzut, în marea majoritate a cazurilor, procesul inflamator local și la distanță este produs de diferiți coci plogeni. După cum

știm, acești microbi determină în condiții obișnuite, fizio-patologice, leziuni supurative localizate, circumscrie, care este reacțiunea *normergică* a organismului, sau deslănțule simptomul clasic al septicemiei. Septicemia la naștere în cazul, când organismul este invadat, în mod brusc, de un mare număr de microbi, care ajungând în circulație, au tendința de a se spori. În felul acesta organismul fiind așa zicând surprins, nu mai are putința de a-și pune în acțiune sistemul lui de apărare. Că într'adevăr organismul nu este în stare de nici un fel de reacțiune, o dovedește faptul, că la autopsie nu găsim nici o leziune inflamatorie. Organismul se află, cu alte cuvinte, în stare de *anergie negativă*.

În infecția de focar microbii plogeni *nu produc nici supurațiuni locale și, de obicei, nu deslănțuie nici o stare septicemică în accepțiunea adevărată a cuvântului*. Leziunile locale, produse de acești microbi, sunt *cronice, latente, asimptomatice*, iar cele determinate la distanță de asemeni nu sunt caracteristice pentru proprietățile lor biologice specifice. Este indiscutabil că acest fenomen e a se atribui organismului, care — datorită relației de simbioză în care se află cu acești microbi — le temperează mult virulența. În același timp caracterul leziunilor la distanță este determinat de influența pe care o exercită acești microbi, precum și substanțele de focar, asupra organismului, *modificându-i în mod esențial capacitatea lui de reacțiune*. Această modificare alergică devine cu puțință multumită împrejurării, că microbii și substanțele de focar ajung în circulație în cantități neînsemnate și numai în mod periodic se produce mobilizarea lor masivă. Diseminarea lor se produce de obicei atunci, când rezistența organismului scade. Cu alte cuvinte *mobilizarea microbilor și a substanțelor de focar și implicit reacția iperergică se produce în cazul, când simbioza dintre macro- și micro-organism este răsturnată în favoarea acestuia din urmă*. Simbioza are de fapt un caracter dinamic, înconstant. Potențial, virtual, ea poate fi oricând modificată, în sensul, că organismul devenind mai puțin rezistent, sau microorganismul mai virulent, acesta deslănțule reacția iperergică. Acesta este un fenomen constat și în alte infecții cronice, ca de exemplu în *tuberculoză*, unde reacția iperergică este precedată de o diminuare a rezistenței organismului. Hotărîtor este deci *relația imuno-biologică particulară stabilită între macro- și microorganism, datorită influenței ce o exercită cei doi factori reciproc unul asupra celuilalt*.

După Veil reacția iperergică este „expresia luptei eroice și glorioase a sistemului mezenchimal cu microbi care au o virulență sporită”. Durerile pe care le localizează bolnavul în articulații, mușchi, etc., nu sunt altceva, decât limbagul clinic prin care se trădează această luptă eroică, după care de obicei se produce o restituție integrală, în urma căreia și feno-

menele dureroase se amendează. Așa se explică caracterul efemer, fluxionar al fenomenelor dureroase în reumatismul acut.

Este însă de remarcat că organismul, sau mai bine zis sistemul lui mezenchimal, nu reușește întotdeauna ca să câștige o victorie decisivă prin reacția iperergică. În eventualitatea din urmă infecția — deși mult atenuată — persistă, determinând leziuni tisulare cu caracter *cronic*. Starea aceasta a fost denumită de *Loewenhardt* cu termenul de *croniosepticemie*, iar *Umbert* vorbește de *infecție permanentă atenuată*. De fapt în aceste cazuri, după *Klinge*, este vorba de o *stare septică particulară*, în care acțiunea microorganismului este opăcită, inhibată, atenuată, de măsurile imunobiologice ale macroorganismului, care se trădează tocmai prin manifestăți iperergice. El vorbește de *subsepticemie*. În esență, *aci se produc leziuni tisulare ireversibile în anumite organe ca articulații, inimă, rinichi*, care durează mai mulți ani sau chiar decenii, fără să se producă o septicemie adevărată. Dacă, însă, capacitatea de reacțiune iperergică a organismului slăbește și se stinge, microbii ajungând la supremație, invadează organismul și produc o *septicemie cu viridans*. În eventualitatea din urmă, deci, *organismul nu mai e capabil să ia nici o măsură de apărare*. Într'un organism devine *anergic*, situația astfel e predominată de agentul septicemic. Aceasta este faza *sepsii post-reumatice*. Din aceste considerațiuni reiese că între reumatism și sepsă nu se poate trage o linie demarcațională, ci din contră trecerea dintre ele se face adevărat pe nesimțite.

Reumatismul și sepsa reprezintă, după *Klinge*, numai două extreme, între care există numeroase stări intermediare, care se articulează în mod strâns între ele.

După *Klinge*, leziunile histologice, produse prin mecanismul alergic-iperergic, sunt absolut identice cu cele descrise ca fiind caracteristice, patognomonice pentru reumatismul specific, începând dela infiltrația precoce, (proces exudativ-degenerativ) trecând prin faza de granulom și terminând cu cicatricea reumatică. Deoarece aceste leziuni le descopere în reumatismul acut, în reumatismul cronic secundar și primar, în pseudoreumatism sau reumatoid, precum și în reumatismul deformant și anchilozant, atât în aparatul articular, cât și în aproape toate viscerele, el consideră reumatismul sub raport anatomic ca o *entitate nosologică*.

Față de concepția analitică care face deosebiră distinctă între reumatismul acut, cronic, recidivant, anchilozant, etc., în funcție de evoluție și aspectul clinic, *Klinge* susține concepția *sintetică* nu numai în baza *substratului anatomo-patologic*, ci și sub raportul *patogenezei*. În spiritul acestei teze, numărul mare de microbi (coci și bacili) care au fost incriminați ca agenți patogeni al reumatismului, *de fapt nu sunt propriu*

zis agenți patogeni specifici, ci ei produc leziunile istologice reumatice în virtutea faptului că sunt susceptibili de a produce o modificare în capacitatea reacțională a organismului, realizând reacția alergică-iperergică. Cu alte cuvinte: cel mai variabil microb în aceleași condițiuni imuno-biologice produc leziuni absolut identice. În cazul când starea alergică se produce, organismul, sau mai bine zis sistemul lui mezenchimal, întrebunțează invariabil același limbaj de exprimare, atât sub raportul clinic, cât și istologic. Această reacție alergică-iperergică poate fi produsă de cele mai variate antigene ca: ser de cal, ser de berbec, albuș de ou sau antigene microbiene. În felul acesta substanțe de calitate variabilă, însă de aceeași intensitate, pot produce leziuni tisulare absolut identice. În concepția lui Klinge boala reumatismală este o entitate morbidă patogenetică, putând fi determinată de cele mai variate antigene, care prin modificarea capacității organismului deslănțuie aceeași reacțiune, numită de Klinge reumatică. Numai în acest sens pot găsi o explicație multumitoare constatările surprinzătoare făcute de Masugi. Acest autor găsește, într'un procent remarcabil, în inima indivizilor morți de tuberculoză pulmonară, tumescența fibrinoidă a țesutului conjunctiv, infiltrații celulare caracteristice pentru nodulul Aschoff, precum și leziuni la nivelul vaselor coronare ale inimii, considerate ca patognomonice pentru reumatismul numit specific. Aceste constatări, confirmate și de alți autori, arată că leziunea istologică reumatismală poate fi determinată și de bacilul Koch, datorită tot mecanismului alergic-iperergic pe care acesta îl provoacă. Tot în favorul acestei ipoteze pledează și manifestația cutanată, cunoscută sub denumirea de *eritem nodos*. Eritemul nodos este considerat de pediatri ca fiind produs de focare infecțioase streptococice, în timp ce Walgren, Hamburger, Lewkovitz îl pun în sarcina focarelor tuberculoase. De fapt eritemul nodos, în esență, este o manifestațiune patologică, produsă tot printr'un mecanism alergic-iperergic. El putând fi determinat atât de bacilul Koch, cât și de alți microbi reumatogeni, dacă aceștia — realizând o anumită stare imunobiologică, — deslănțuie reacția alergică-iperergică. De altfel eritemul nodos s'a observat nu numai în infecția tuberculoasă și în reumatism, ci și în scarlatină.

Dintre numeroșii microbi incriminați ca agenți patogeni ai reumatismului, streptococii sunt în mod deosebit înzestrați cu calitatea de a determina reacția alergică-iperergică reumatică. Această teorie nu vrea să spună că streptococii ar fi „predestinați” sau „specializați” în a produce reumatismul, ci tocmai streptococii au în deosebi capacitatea de a produce starea imuno-biologică, care determină reacția reumatică. Vell, la rândul său, afirmă în mod categoric originea strepto-

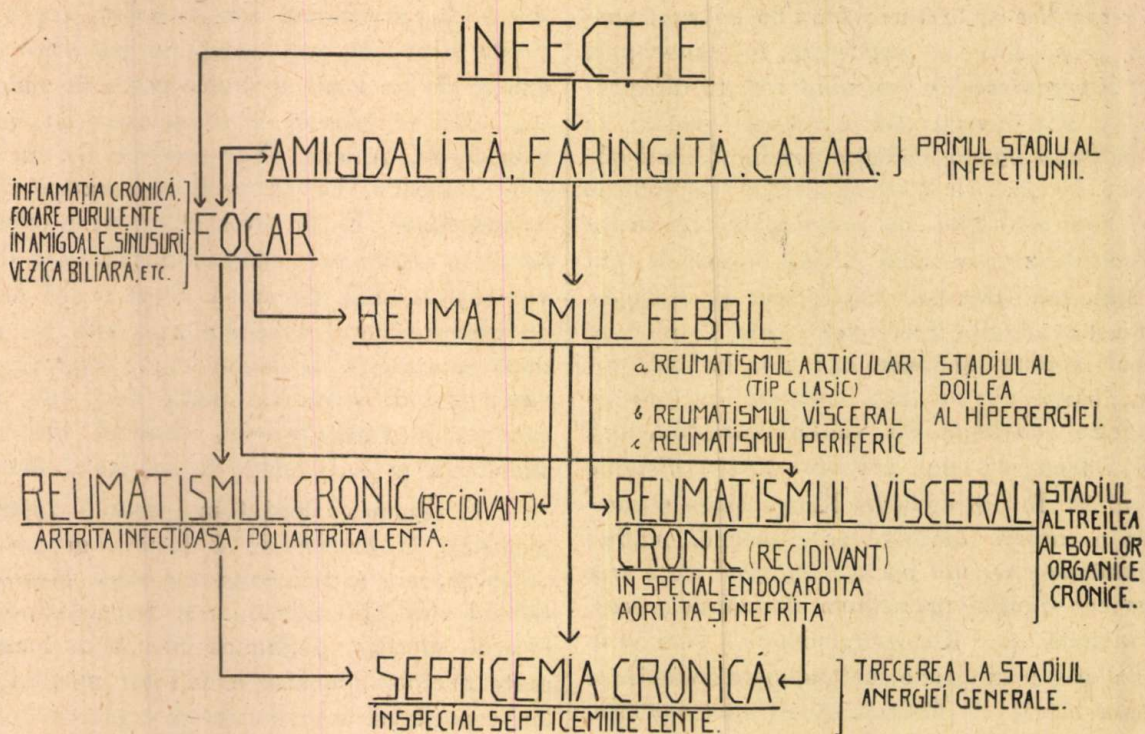
micotică a reumatismului. De altfel chiar și acel ce susține că reumatismul este o boală specifică, cauzată de un virus încă necunoscut, nu pot nesocoti prezența extrem de frecventă a streptococului în amigdale, încât sunt siliți să admită că el ar avea un oarecare rol patogenetic. Anume el ar produce fie exaltarea virusului reumatic, fie că ar fi răspunzător de anumite complicațiuni. El ar avea rolul de a înlesni pătrunderea în organism a virusului specific sau de a stimula virulența acestuia din urmă. După o altă teorie virusul ar produce chiar o sensibilizare față de streptococi, după cum aceștia la rândul lor, ar determina o sensibilizare față de virus. În esență, deci, între virusul necunoscut al reumatismului, denumit specific, și între streptococul ar fi o relație de simbioză foarte intimă.

În rezumat, reumatismul este o noțiune imuno-biologică, în funcție de 2 factori, macro- și micro-organism, care se influențează mutual. Macroorganismul slăbind virulența microbilor și delimitând, încapsulând focarul infecțios, determină infecția de focar. De altă parte microbii din infecția de focar modifică, la rândul lor, capacitatea de reacțiune a organismului, care este hotărâtoare pentru natura leziunilor produse la distanță.

Experiența clinică a arătat în mod neîndoielnic că această relație imuno-biologică nu se produce în toate cazurile, unde de altfel condițiunile necesare sunt prezente. Se cunosc, cu alte cuvinte, indivizi care au infecții de focar, fără ca acestea să fie în stare să determine vreo tulburare sau leziune la distanță. Sau mai lămurit: infecția de focar — deși prezentă — nu e capabilă să deslănțuie reacția alergică-iperergică. Aceasta denotă o imunitate perfectă, în funcție de anumite însușiri ereditare constituționale sau câștigate, încât organismul nici nu mai reacționează (*anergie pozitivă*), căci antigenul este imediat și complet neutralizat de anticorpii din sângele circulant sau din umorile organismului, fără să se mai producă vreo reacțiune tisulară. În cazul de anergie pozitivă aparatul mezenchimal este înzestrat cu o capacitate funcțională atât de viguroasă, încât infecția de focar nu determină nici un simptom clinic *nici local, nici la distanță*.

Reacția alergică-iperergică se produce de asemenea în funcție de anumiți factori *ereditari, constituționali*. Cu alte cuvinte: pentru a se putea produce reacția alergică-iperergică trebuie să existe o anumită *predispoziție constituțională, congenitală, ereditară*. În esență ar fi vorba de indivizi cu un aparat mezenchimal mai puțin rezistent, de o calitate inferioară, ori mai slab, care nu e capabil să ferească organismul de primejdia unei infecțiuni generale sau locale cum am văzut că se întâmplă la indivizii dotați cu anergie pozitivă.

Reacția alergică-iperergică și inflamația care rezultă din aceasta este de altfel, sub raportul intensității ei, variabilă. Ea poate decurge acut, subacut sau cronic,



fiind în funcție de *forma* pe care o prezintă reumatismul. În reumatismul acut reacția iperergică este foarte pronunțată; în special ea este exagerată, chiar exuberantă, la copil. În opoziție cu aceasta, în reumatismul cronic sau la bolnavii mai în etate, ea este mult micșorată. Intensitatea și extinderea reumatismului sunt astfel expresia unei stări reacționale variabile.

Relația imuno-biologică stabilită între macro- și micro-organism nu este de altfel constantă, ci ea e susceptibilă să se modifice în funcție de numeroși factori. Modificarea se poate produce de exemplu în cazul unei rezistențe scăzute a organismului. Organismul ajungând astfel într-o stare anergică, chiar și un microb care nu e prea virulent poate produce o stare septică. Așa se explică de ce indivizii, care au suferit de reumatism și prezintă și leziuni endocardice valvulare, fac mai târziu *endocardită lentă*. Endocardita lentă fiind produsă de streptococul viridans, care de fapt e un *microb cu o virulență mult slăbită*, totuși e susceptibil de a determina o stare septică cu sfârșit fatal, într-un organism ajuns dintr-o stare iperergică într-o stare anergică. Tocmai din cauza acestui anergii, sau lipsei de reacțiune, bolnavii care sufer de endocardită lentă,

nu prezintă sau abia simt dureri articulare, deoarece după cum am văzut, acestea sunt expresiunea clinică a *reacției iperergice*. După concepția actuală, susținută și de Bergmann, streptococul viridans a fost transformat de organism din streptococul emolitic, care a determinat la început manifestările reumatice. Aceasta o exprimă în mod plastic Klinge, când susține, că „la începutul și sfârșitul reumatismului găsim infecția streptococică, *angina* și *sepsa*”. Vezi figura Nr. 12.

În afară de Rössle și Klinge teoria alergică a reumatismului este susținută azi de numeroși anatomo-patologi și clinicieni ca: Gutzeit, Hollmann, Veil, Vechlow, Weichman și Tankré. În opoziție cu aceștia, Aschoff și Gräff combat teoria aceasta și contestă identitatea leziunilor alergice-iperergice descrise de Klinge, cu cele reumatice. Este însă neîndoielnic, că teoria alergică în general și cea sintetică a lui Klinge în special, este foarte seducătoare, având în același timp și darul de a simplifica mult problema reumatismului. De altă parte, după cum am văzut, teoria alergică poate aduce în favoarea ei o seamă de fapte clinice și constatări experimentale, care foarte greu pot fi explicate prin alte ipoteze.

Prevenirea accidentelor de transfuzie prin stabilizarea și conservarea sângelui cu soluție gluco-citratată concentrată

de

Prof. Dr. Gr. Benețato

În articolele noastre precedente apărute în această revistă s'a descris tehnica de conservare a sângelui și s'au expus normele fixate prin cercetările și observațiile noastre pentru evitarea accidentelor de transfuzie, precum și condițiile în care sângele conservat produce efecte terapeutice optime. Din constatările noastre anterioare s'a reliefat în deosebi faptul că sângele conservat după tehnica indicată de noi, având acțiune terapeutică întru câțva asemănătoare, iar în unele privințe chiar superioară transfuziei directe (hemostatică și eritropoetică), prezintă o inocuitate aproape perfectă, fiind mult mai bine tolerat decât transfuzia directă chiar de către primitorii „periculoși“.

De atunci materialul nostru s'a îmbogățit cu sute de observații noi, care confirmă pe deplin rezultatele noastre anterioare. Într-adevăr, în cele una mie de transfuzii făcute în timp de 2 ani (1 IV 1942—1 IV 1944) nu s'a întâmplat niciun accident mai grav datorit incompatibilității de grup (șoc hemolitic) sau greșelilor tehnice de recoltare și de conservare a sângelui (embolie cu chlaguri, transmiterea infecției de la donator la primitor, infectarea sângelui conservat), iar numărul accidentelor ușoare (reacții posttransfuzionale) înregistrate de noi a fost de 21, reprezentând 2,1% din numărul total de transfuzii.

Ceea ce impresionează în rezultatele noastre este nu atât lipsa totală a accidentelor primare grave, care au putut fi evitate datorită selecționării riguroase a sângelui destinat conservării, făcută după normele subliniate de noi în lucrările precedente, cât frecvența extrem de redusă a accidentelor secundare și tardive. De fapt majoritatea autorilor sunt de părere că sângele conservat este mult mai periculos decât transfuzia directă (Redigor, Abramson, Duran Jorda, Leedham-Green, Samartino, Aguiar, Schürch-Willenegger-Knoll), întru cât în cazul sângelui conservat, la pericolul obișnuit al transfuziei se mai adaugă și efectul nociv al produșilor rezultați din impurificarea, infectarea și învechirea sângelui (hemoliză, denaturarea proteinelor).

Este adevărat că pericolul datorit infectării și impurificării sângelui a putut fi atenuat prin aplicarea riguroasă a regulilor de asepsie, prin pregătirea minuțioasă a materialului și în general prin perfecționarea tehnicii de transfuzie și de conservare a sângelui.

Totuși și statisticele din ultimii ani evidențiază un procent destul de ridicat de accidente posttransfuzionale înregistrate atât în transfuziile directe cât mai ales în cele făcute cu sânge conservat.

Astfel în cazul transfuziilor directe frecvența accidentelor variază între 15—70% (Jeanneney), iar în cazul celor cu sânge conservat între 7,4—80% și chiar 100% (Cameron-Ferguson, Bagdasarov, Vlados, Redigor).

Este adevărat că în majoritatea cazurilor e vorba de accidente ușoare care intră în categoria celor secundare și tardive, totuși uneori aceste accidente, fără să fie datorite incompatibilității de grup, au aspectul unui șoc hemolitic.

Accidentele posttransfuzionale ușoare, deși nu periclitează viața bolnavului, totuși compromit într-o măsură oarecare efectul terapeutic al transfuziilor. Astfel reacțiile posttransfuzionale scad efectul eritropoetic al transfuziilor (Sibley-Lundy) și exercită, în cazul sistemului eritropoetic insuficient, o adevărată acțiune de șoc asupra măduvei, provocând o epulzare totală a acestui organ (Habelmann). Accidentele de transfuzie mai serioase, deși sunt rare, totuși impresionează prin gravitatea lor atât de mult încât scad încrederea medicului în acest mijloc terapeutic.

Din motivele expuse este de dorit ca frecvența și intensitatea reacțiilor posttransfuzionale să fie reduse cât mai mult.

Experiența pe care o avem cu sângele conservat ne îndreptățește să susținem că întrebuintarea sângelui selecționat și conservat după normele și tehnica Centrului din Sibiu reprezintă unul din mijloacele cele mai eficace pentru înlăturarea accidentelor și a reacțiilor posttransfuzionale.

Inocuitatea sângelui conservat după tehnica descrisă de noi a fost subliniată și în lucrările noastre anterioare și atribuită lichidului stabilizant și conservant, care ar avea proprietatea de-a atenua intensitatea reacțiilor posttransfuzionale. Presupunerea noastră a fost întărită prin cercetările care au urmat. Rezultatele acestor cercetări cât și materialul care completează observațiile noastre anterioare în legătură cu acțiunea terapeutică a sângelui conservat sunt expuse în lucrarea de față.

Urmărind efectul transfuziilor cu sânge conservat noi am constatat printre altele că acest sânge produce modificări caracteristice în echilibrul acido-bazic. Cer-

cetările noastre s'au făcut pe oameni prin determinarea pH-ului din sânge și urină recoltate imediat înainte de transfuzie și la 1^h după transfuzie din sânge și 3^h după transfuzie din urină. Determinarea pH-ului s'a făcut prin metoda electrometrică cu electroda de chinhidronă. Rezultatele obținute la 9 persoane sunt trecute alăturat:

Numele persoanei în experiență și sexul	Cantitatea de sânge transfuzat	Vechimea sângelui transfuzat	pH-ul sanghin		pH-ul urinar	
			înainte	după	înainte	după
B. E. f.	170 cc.	2	—	—	6.76	7.04
P. A. f.	150 "	3	7.34	7.35	6.10	6.56
F. I. b.	120 "	3	7.37	7.42	5.53	6.41
W. I. f.	220 "	18	7.33	7.43	—	—
V. E. f.	120 "	3	7.35	7.35	—	—
D. I. b.	150 "	2	7.35	7.38	6.06	6.85
D. E. f.	150 "	3	—	—	6.92	7.56
C. C. b.	150 "	4	7.28	7.39	6.28	7.18
X. X.	150 "	5	7.28	7.34	5.51	6.55

După cum se vede din cifrele alăturate sângele conservat după tehnica Centrului din Sibiu produce în mod regulat creșterea pH-ului sanghin și alcalinizarea pronunțată a urinei.

Această acțiune a sângelui conservat poate fi explicată prin conținutul său ridicat în clorură de sodiu, care se descompune în organismul primitorului punând în libertate valențele alcaline.

Constatarea noastră prezintă un interes practic. Întrădeavăr efectul alcalinizant al sângelui conservat poate fi considerat ca unul din factorii care contribuie la moderarea reacțiilor posttransfuzionale. Se știe că unul din pericolele cele mai mari ale transfuziei este hemoliza. Aceasta survine în mod furtunos în cazurile de incompatibilitate de grup și uneori chiar la persoane aparținând grupelor compatibile, însă predispuse pentru hemoliză din cauza alterării ficatului, splinei și a sistemului hematopoetic în general, și se traduce prin simptomele imediate (cardio-vasculare) și tardive (renale) ale șocului hemolitic.

Accidentele de transfuzie datorite hemolizei sunt mai frecvente în cazul sângelui conservat, întru cât acest sânge, fiind parțial hemolizat și având hematii mai puțin rezistente decât cele proaspete, se distruge mai ușor în organismul primitorului încărcându-l cu produșii hemolizei. Efectul nociv al hemolizei ce se petrece in vivo se deosebește de cel declanșat de un sânge conservat în prealabil hemolizat. În primul caz reacțiile morbide se petrec furtunos, luând aspectul unui șoc hemolitic, pe când în cazul al doilea ele se desfășoară mult mai înșelător fără simptome cardio-vasculare și se traduc îndată după transfuzie prin simptome care se încadrează în așa numitele reacții posttransfuzionale secundare (febră, urticarie, etc.), iar mai târziu prin alterații renale (albuminurie, hemoglobinurie, hematurie, nefroză, nefrită, oligurie, anurie, uremie).

Gravitatea accidentelor hemolitice depinde de cantitatea produșilor de hemoliză eliberați în organismul primitorului sau introdusă cu sângele transfuzat, și în deosebi de starea organismului primitor.

Astfel unele persoane suportă fără niciun accident transfuziile cu sânge hemolizat conținând 10—20 gr. hemoglobină liberă (*De Gowin-Hardin, Kiguchi*), iar altele, în special acelea cu afecțiuni renale prezintă accidente grave (frisson, anurie), uneori chiar mortale, după un sânge în care cantitatea de hemoglobină liberă nu depășește 0,9 gr.

Patogenia accidentelor de hemoliză nu este pe deplin lămurită.

Toți autorii admit că produșii hemolizei au o acțiune nocivă, fără să fie de acord asupra mecanismului de acțiune a acestor produși. După unii autori reacțiile declanșate de produșii hemolizei se aseamănă cu cele din șocul anafilactic (*Bogomolec, Hesse, Mason-Mann*), constând din dilatări paralizante și spasmi vasculari care se traduc prin simptomele cardio-vasculare, iar simptomele renale ar fi de natură funcțională și toxică, fiind datorite atât spasmului arteriolelor renale cât și acțiunii toxice a produșilor hemolizei și se manifestă la început prin turburări funcționale iar ceva mai târziu prin degenerare și chiar necrotizare a epiteliului renal (albuminurie, hematurie, oligurie, anurie, edemul țesutului, nefroză, nefrită interstițială).

După alți autori complicațiile renale sunt de natură mecanică, fiind datorite astupării tuburilor urinare cu hemoglobina precipitată la acest nivel.

Ca măsură pentru evitarea accidentelor de hemoliză s'a propus, pe lângă determinarea riguroasă a grupelor sanghine, eliminarea primitorilor „periculoși” predispuși pentru aceste accidente, cum sunt cei cu afecțiuni hepatice, renale, cu maladii sanghine, infecții grave și în general selecționarea partenerilor și excluderea acestora care prezintă așa numita „incompatibilitate” și „instabilitate” sanghină, iar în cazul sângelui conservat pe lângă măsurile de mai sus s'a propus ca vechimea acestui sânge să nu intreacă o anumită limită (2—3 săptămâni).

Măsuri asemănătoare au fost luate și pentru prevenirea reacțiilor posttransfuzionale ușoare (febră, urticarie, etc.) care sunt explicate printr-o hipersensibilitate a organismului față de proteinele sanghine străine de individ. Aceasta poate fi înăscută sau provocată prin transfuzii repetate, sau în fine datorită modificărilor survenite în urma alterațiilor organice profunde (renale, hepatice, splenice) și se traduce prin simptomele care se pot încadra între reacțiile alergice, anafilactice sau serice (*Tzank, Bogomolec*).

Atât predispoziția pentru hemoliză survenită la grupe sanghine compatibile cât și intoleranța organismului pentru proteinele sanghine străine au fost expli-

Stările terapeutice și efectul digestiv auxiliar al fermenților cari despică celuloza în fenomenele dispeptice fermentative, au fost perfect caracterizate prin cele expuse mai jos :

Celulazele și hemicelulazele sunt într'un anumit sens considerate ca îndrumătoare, pioniere pentru fermenții digestivi, cărora le ușurează intrarea în interiorul celulelor vegetale prin dilatarea orificiului natural de pătrundere. Ele susțin digestia alimentelor, permit o cât mai completă folosire a lor și împiedică, ca conținutul nedigerat al celulei să cauzeze disbacterioză în secțiunile inferioare ale intestinului și să formeze astfel cauza principală a putrefacției intestinale și a meteorismului.

Gavrila, „WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT“
1942, Nr. 50.

LUIZYM

PREPARATUL DE FERMENTI VEGETALI CU CELULAZĂ
ȘI HEMICELULAZĂ ALĂTURI DE AMILAZE, PROTEAZE etc.

la insuficiențe digestive față de alimente vegetale
precum și la dispepsii fermentative și a stărilor lor consecutive.

Tablete — Dragee

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România :

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică Nr. 8

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

cate prin „instabilitatea” serică și existența unei „incompatibilități” sanghine care ar fi datorite structurii particulare a sistemelor coloidale din sânge și s’ar traduce prin tendința exagerată a globulelor de-a se separa de plasmă și de-a se aduna în grămezi și prin proprietatea plasmelor de a favoriza acest proces, cunoscut sub numele de *synautophylle* serică (*Benda*). Pentru evidențierea „instabilității” serice și „incompatibilității” sanghine s’a preconizat proba de *synautophylle* a lui *Benda*. Sângele donatorului se amestecă cu serul receptorului și cu hemoteastul din grupa receptorului. În cazul unui sânge instabil și incompatibil globulele roșii au tendința de a se aglomera în serul receptorului mai mult decât în hemotest. La un interval de 5 minute amestecul pierde aspectul unei emulsii omogene prin îngrămădirea globulelor.

Fenomenul de *synautophylle* se deosebește de cel de aglutinare prin aspectul microscopic al floculelor. În cazul *synautophylle* floculele sunt formate din globule intacte juxtapuse, colorate în galben-roz, pe când în cazul aglutinării ele sunt alcătuite dintr-o masă diformă de hematii colorate în roșu-purpuriu de către hemoglobina precipitată în jurul globulelor.

Hipersensibilitatea organismului receptor față de proteinele sanghine străine poate fi câștigată și prin repetarea transfuziilor, mai ales atunci când sângele transfuzat provine de la același donator. Dacă s’ar lua toate măsurile propuse pentru evitarea accidentelor de hemoliză și a reacțiilor posttransfuzionale, adică s’ar elimina primitorii „periculoși” (infecții acute, maladii sanghine, hepatice, splenice, cașexii, etc), precum și toți partenerii cu „instabilitate” serică și „incompatibilitate” sanghină și s’ar evita repetarea transfuziilor cu același sânge, proporția bolnavilor care ar putea să beneficieze de acest mijloc terapeutic ar scădea și posibilitatea de aplicare a transfuziilor în general s’ar reduce foarte mult.

Din motivele amintite la Centrul de Transfuzie din Sibiu nu s’a luat niciuna din măsurile de mai sus.

Transfuziile au fost făcute la bolnavi de toate categoriile, inclusiv la cei periculoși cu afecțiuni renale, hepatice precum și la acei cu maladii sanghine și stări septice grave și chiar la persoanele cu „instabilitate” serică și „incompatibilitate” sanghină constatate prin proba de „*synautophylle*” a lui *Benda* și totuși din numărul total de 997 de transfuzii nu s’a înregistrat niciun accident de hemoliză, iar frecvența accidentelor ușoare a fost de 2,1%.

Rezultatele observațiilor noastre în legătură cu accidentele de transfuzie înregistrate la adulți și copii cât și datele complementare în legătură cu efectul terapeutic al sângelui conservat sunt trecute în tabelele recapitulative Nr. 2 și 3.

După cum se vede din tabelele noastre între cei care au beneficiat de transfuzii au fost și 27 bolnavi cu alterațiunile renale funcționale și organice grave și anume: 4 cazuri cu scleroză renală și uremie; 6 cazuri de plonefroză, dintre care 2 cu uremie, 6 cazuri de hipertrofie a prostatei, dintre care 2 cu uremie, cancer renal — 4 cazuri, baciloză renală — 4 cazuri, nefrită acută — 2 cazuri.

Se știe că nefriticii sunt foarte sensibili la sânge hemolizat și prezintă deseori accidente de hemoliză, cu insuficiență renală totală, chiar după un sânge în care concentrația hemoglobinei libere nu trece de 0,3 gr. %. Tocmai din această cauză unii autori interzic categoric întrebuințarea sângelui conservat în afecțiunile renale (*Brunner, Schürch-Willenegger-Knoll*). Vecihmea sângelui conservat transfuzat de noi la nefritici a fost în unele cazuri de 8—19 și uneori chiar 20 de zile, timp în care concentrația hemoglobinei libere se ridică peste 0,2 gr. % și totuși în cele 40 transfuzii făcute de noi nu s’a înregistrat niciun accident de hemoliză. Toleranța atât de largă a nefriticilor pentru sângele conservat după tehnica Centrului din Sibiu și în general lipsa totală a accidentelor de hemoliză constatate la acest Centru ar putea fi explicată prin efectul alcalinizant al acestui sânge. Întrădevar se știe că reacția acidă a urinei ușurează precipitarea hemoglobinei la nivelul tubilor urinari. Cercetările lui *Baker-Dodds* au arătat că precipitarea hemoglobinei la nivelul rinichilor nu are loc atunci când pH-ul urinei este mai mare de 6. pH-ul urinei condiționează deci producerea accidentelor renale de hemoliză. Rezultatele lui *Baker-Dodds* au fost confirmate de către *De Gowin*, care a arătat că transfuziile făcute cu sânge hemolizat la animalele cu urina acidă produc accidente mortale și sunt foarte bine suportate de către animale, la care urina a fost în prealabil alcalinizată.

Dar și frecvența extrem de redusă a accidentelor posttransfuzionale ușoare după transfuzia cu sângele conservat după tehnica noastră ar putea fi explicată tot prin acțiunea alcalinizantă a acestui sânge. După cum am mai amintit, majoritatea autorilor consideră accidentele secundare ale transfuziei și chiar șocul hemolitic ca reacții anafilactice, alergice sau serice. Deși reacțiile posttransfuzionale se deosebesc de cele anafilactice prin sensibilitatea primară a organismului, totuși având manifestări clinice asemănătoare se pot încadra împreună cu reacțiile anafilactice în așa numitul șoc coloidoclastic (*Widal*), caracterizat prin modificarea sistemelor coloidale sanghine (criză hemoclastică) și tisulare. De fapt *Lumière* a arătat că întâlnirea între antigen și serul sensibilizat față de acest antigen (anticorpi), care constituie momentul esențial în declanșarea șocului anafilactic, determină flocularea proteinelor plasmactice (globuline) cu formarea conglomeratelor moleculare (miceli),

TABLOUL Nr. 2

Indicațiile transfuziilor		N-rul cazurilor	N-rul transfuziilor	Vechimea sângelui (zile)	Cantitatea transfuzată (cc)	Efectul terapeutice	Accidentele transfuziei
A Hemoragii	a) grave cu șoc plăgi, amputații, ulcer gastr.-duod.)	8	8	5-20	250-350	a) 75% efect salvator 12,5% efect bun 12,5% fără efect	
	b) masive fără șoc (vezicale, gastr.-duod., uterine, post-operatorii)	45	64	1-20	50-300	b) efect eritropoetic evident efect hemostatic pronunțat	1 urticarie
B Anemii cronice și secundare	a) hemoragii repetate (gastr.-intest., metroragii)	32	35	1-15	120-210	a) efect hemostatic și eritropoetic	4 frison
	b) infecții de focar, plăgi infectate	39	60	1-10	50-230	b) efect eritropoetic, efect bun asupra stării generale și procesului local	2 frison cu vărsături
	c) afecțiuni renale (baciloză, nefrite acute și cronice, scleroză cu uremie, pionefroză cu și fără uremie)	16	27	1-20	50-250	c) efect de desintoxicare generală, efect eritropoetic	1 febră 1 urticarie
C Anemii tumorale	c. c. uterin, vezical, gastric, renal, intestinal, etc.	40	79	1-21	100-300	efect hemostatic prompt, efect eritropoetic foarte pronunțat și durabil, adjuvant prețios al roentgenterapiei	1 frison
D Infecții localizate cu stări septice	flegmon, tromboflebită, osteomielită, meningită otică, empiem pleural, retenție placentară, endocardită lentă	33	58	1-28	50-250		1 frison
E Septicemie		12	21	1-15	120-300	60% efect bun 40% fără efect	
F Tratament pre- și postoperator	rezeccii gastr.-intest., prostatectomie, colecistectomie	30	43	1-17	100-280	stimulare generală, atenuarea fenomenelor de șoc postoperator	1 frison 1 cefalee
G Maladii sanghine	a) leucemii mielogenă și limfoidă, b) maladii Werlhof, limfogranulomatoză c) anemii pernicioasă și aplastică	35	113	1-21	50-300	a) efect bun în combinație cu roentgenterapie b) m. Werlhof: 80% efect trecător, 20% vindecare c) efect trecător	2 frison 2 frison cu cefalee
H Maladii hepatice	insuficiență, ciroză, hepatită lentă, sindrom Banti, litiază biliară	13	22	1-10	50-240		
I Maladii infecțioase	febră tifoidă, tifus exant., dizenterie	23	42	1-20	100-250	efect de desintoxicare evident efect hemostatic net	
J Maladii cutanate	exemă, pemfigus, dermatită Dühring	25	64	1-9	50-200	efect bun uneori de lungă durată în exemă și m. lui Dühring (vindecare)	
K Disfuncții endoglandulare și organo-vegetative	a) astm esențial, colită ulceroasă b) Basedow, mixoedem c) hipochidie, hipovarie	13	35	1-2	150-200	a) efect bun în colită ulceroasă b) efect inconstant c) efect bun (hipovarie)	
L Alte afecțiuni	poliartrită, chist hidatic pulmonar, hepatic, splenic, hemoptizii, etc.	42	82	1-15	100-200		1 frison
Total:		406	753				

TABLOUL Nr. 3

Infecții localizate cu stări septice	flegmon, meningită otică empiem pleural, piodermie poliartrită	26	56	2 luni 12 ani	1-10	50-180	efect evident asupra evoluției stării septice	
Infecții specifice localizate și generalizate	a) adenopatie hilară, infiltrat pulmonar, pleurită b) tbc. osoasă, peritonită și meningită bacilară	23	37	1/2-5 ani	1-10	50	a) ameliorare evidentă a stării generale și a proc. local b) efect trecător	2 frison
Maladii infecțioase	febră tifoidă, paralizie inf. dizenterie, meningită epid. erizipel	12	21	7 zile 5 ani	1-6	50	efect bun (uneori salvator) asupra evoluției procesului infecțios	
Turburări de nutriție acute și cronice	a) toxicoze alimentare b) distrofii grave turburări de creștere	13 7 12	23 13 24	3-14 luni 2-9 " 1-10 ani	4-8 3-8 1-12	50-100 50-100 50-100	a) 80% efect surprinzător b) efect bun	
Maladii sanghine	leucemie acută limfadenoză	3	15	3-4 ani	1-9	50-120	2 efect trecător 1 fără efect	
Maladii cutanate	pemfigus, dermatită exfoliativă	3	6	1-4 săptămâni	1-11	50	efect salvator în dermatită exfoliativă	
Boli algerice	diateză exudativă, astm bronșial, exemă	9	13	13-8 luni	1-3	50-100	diateză exudativă, astm bronșial, exemă	
Anemii cronice și secundare		12	20	1-12 ani	1-4	50-100	efect eritropoetic	
Bronchopneumonii și pneumonii lobare		7	16	1-6 luni	1-3	50-100	efect bun în special în bronchopneumonii	
Total:		127	244					

care pot fi puse în evidență chiar după îndepărtarea precipitatului.

După *Lumière* suspensiile micelare astfel formate ar irita endoteliul capilar, provocând, printr'un mecanism reflex, reacția vasculară caracteristică șocului. Ipoteza asemănătoare a fost enunțată și de către *Schmidt-Behring*, după care micelile din amestecul de anticorpi și de antigen se fixează prin adsorbție pe plăcuțele sanghine formând floculate mari, care produc reacții vasculare.

De altfel turburări întru câtva asemănătoare cu cele ale șocului anafilactic pot fi provocate prin administrarea intravenoasă de diferite substanțe inerte în suspensie apoasă, cum este tușul de China (*Moldovan-Zolog*).

Dacă acceptăm că la baza reacțiilor anafilactice sunt modificări coloid-chimice pe de o parte și caracterul anafilactic al reacțiilor posttransfuzionale pe de altă parte, putem să presupunem că lichidul de conservare și de stabilizare întrebunțat de noi atenuează reacțiile posttransfuzionale prin efectul său alcalinizant, datorită cărui se accentuează diferența de potențial între fazele constitutive ale sistemelor coloidale din sânge și se mărește stabilitatea acestor sisteme. În sprijinul presupunerilor noastre se poate aduce și rezultatul cercetărilor lui *Billard* confirmate ulterior de *Combiescu-Brauner*, care au arătat că sărurile alcaline (bicarbonat de sodiu) au o acțiune desensibilizantă în anafilaxie. Nu este exclus ca la efectul alcalinizant al produsului nostru de conservare să se mai adauge și acțiunea anti-alergică a glucozei (Tuft) pe care acest produs o conține în cantități considerabile. Oricare ar fi mecanismul de acțiune a lichidului stabilizant și conservant întrebunțat de noi, cert este însă faptul că stabilizarea și conservarea sângelui cu acest lichid constituie un mijloc eficace pentru prevenirea accidentelor de transfuzie. De fapt observațiile și cercetările făcute de noi în timp de 2 ani prin sute de transfuzii au arătat că sângele tratat cu acest lichid conservant este foarte bine tolerat de toate categoriile de bolnavi „periculoși”. (V. tabelele Nr. 2 și 3).

Întrădevar dintre cei 152 bolnavi din această categorie care au primit în total 357 transfuzii (afecțiuni renale — 40, hepatice — 22, maladii sanghine — 128, cașexie și stări septice grave — 167) numai 6 au prezentat câteva reacții posttransfuzionale ușoare (frison, cefalee, greață, febră). Trebuie să remarcăm că toleranța largă arătată de toate categoriile de bolnavi față de sângele conservat este datorită și faptului că vechimea sângelui utilizat de noi a fost mică, variind între 1—16 zile. Da fapt din datele trecute în tabloul alăturat (Nr. 4) se vede că frecvența accidentelor crește brusc dela 1,3—2,7% până la 8,3% atunci când vechimea sângelui trece peste termenul de 16 zile.

Toleranța organismului pentru sângele conservat după tehnica Centrului este atât de mare încât chiar per-

TABLOUL Nr. 4

Vechimea sângelui în zile	Nr. transfuziilor	Frecvența în %	Accidentele transfuziei	Frecvența accidentelor în %
1—2	44	44,3	10 frison cu și fără vărsături și cefalee 2 urticarie	2,7
3—5	285	28,6	3 frison 1 febră	1,4
6—10	153	15,4	2 frison	1,3
11—16	81	8,1	—	—
17—28	36	3,6	3 frison	8,3
1—28	997	—	21	2,1

soanele cu „instabilitatea” serică și „incompatibilitatea” sanghină dovedită îl suportă fără niciun accident. Dăm mai jos câteva observații demonstrative.

Obs. I. Primitor: Elev T. R. P. E. 22 ani, Grupa sanghină AB, Dg. Gangrenă intestinală, peritonită.

Donator: P. I. b. 47 ani. Grupa sanghină B. (tatăl bolnavului). P. E. f. 43 ani. Grupa sanghină A (mama bolnavului).

Se face proba de synautophylie a lui Benda care evidențiază „incompatibilitatea” între sângele primitorului și al celui al donatorilor. În zilele de 7 și 10. VI. 1943 i se fac 2 transfuzii cu câte 200 și 170 cc. de sânge dela donatorii P. I. și P. E. pe care le suportă fără niciun accident.

Obs. II. Primitor: S. G. Dg. Mieloză leucemică. Grupa sanghină A.

Donator: C. I. din grupa O. În ziua de 23. VII. 1942 i se face o transfuzie directă dela donatorul C. I. la care bolnavul reacționează printr'o hipertermie de 40°8 și un frison puternic. Proba lui Benda evidențiază „instabilitatea” serică și „incompatibilitatea” cu sângele donatorului. Același sânge conservat transfuzat în ziua de 15. VIII este suportat fără niciun accident.

Eficacitatea lichidului stabilizant întrebunțat de noi în prevenirea accidentelor de transfuzie este atât de mare încât sângele conservat cu acest lichid poate fi transfuzat fără riscuri mari chiar la primitori din grupe sanghine incompatibile. Întrădevar cercetările încă nepublicate ale doctorului A. Nana făcute pe 27 bolnavi dela Spitalul de Boli mintale din Sibiu au arătat că sângele conservat de către Centrul de Transfuzie din Sibiu transfuzat în cantitate de 100—120 cc. la persoane aparținând grupelor sanghine incompatibile (dela A la B, B la A, și A la O) este mult mai bine tolerat decât transfuziile directe făcute în aceleași condițiuni de experimentare. Din 16 transfuzii cu sânge conservat făcute la grupe incompatibile, 10 au fost suportate fără

nicio acuză, 2 au fost urmate de accidente de hemoliză ușoară (irison, greață, hemoglobiurie) iar restul s'a soldat cu reacții posttransfuzionale ușoare.

Numai datorită toleranței largi a organismului pentru sângele conservat după procedeul nostru s'au putut evita unele accidente grave de transfuzie. Astfel de exemplu s'a întâmplat, ca un sânge conservat din grupa B destinat unui bolnav din același grup a fost luat drept sânge de donator universal și transfuzat din greșeală în cantitate de câte 50 cc, la 3 copii mici, care l-au suportat însă fără niciun accident. Grupele sanghine ale primitorilor au rămas în acest caz nedeterminate, deoarece faptul ne-a fost comunicat ulterior, după ce copiii au părăsit spitalul, totuși este exclus ca toți 3 copii să fi aparținut grupelor sanghine compatibile cu acea a sângelui transfuzat. Tot din greșeală un sânge conservat din grupa A a fost transfuzat unui bolnav din grupa O fără niciun accident.

Concluziuni:

1. Din observațiile noastre făcute prin 997 de transfuzii relese că sângele stabilizat și conservat cu lichidul gluco-citratat după tehnica Centrului din Sibiu este mai bine tolerat decât transfuzia directă de toate categoriile de bolnavi (nefretici, hepatici, etc.) inclusiv de cei „periculoși” cu „instabilitate” serică și chiar de persoanele din grupe sanghine incompatibile (A la B, B la A, A la O).

2. În cele aproape una mie de transfuzii făcute la Centrul din Sibiu nu s'a întâmplat niciun accident mai grav datorită incompatibilității de grup (șoc hemolitic) sau greșelilor tehnice de recoltare și de conservarea sângelui (embolie cu cheaguri, transmiterea infecției de la donator la primitor, infectarea sângelui conservat), iar numărul accidentelor ușoare (reacții posttransfuzionale) înregistrate de noi a fost de 21, reprezentând 2,1% din numărul total de transfuzii.

3. Toleranța largă a organismului pentru acest sânge ar putea fi explicată prin efectul alcalinizant — constatat de noi — al lichidului gluco-citratat, care asigură stabilitatea sistemelor coloidale din sânge și împiedică precipitarea hemoglobinei la nivelul tubilor uriniferi, prevenind prin aceasta accidentele secundare și tardive ale transfuziei.

Bibliografie:

- Benetato (Gr.): Transfuzia cu sânge conservat. Ed. Dacia Traiană, Sibiu 1943.
 Brocq-Rousseau (D.-Roussel (G.): Le sérum normal. Ed. Masson, Paris 1934.
 Combiescu (D)-Brauner (R): C. R. de la Société de Biologie, t. 99, p. 421, 1928.
 Jeanneney (G.): Traité de la transfusion sanguine. Ed. Masson, Paris 1939.
 Naegeli (Th.): Die Bluttransfusion und ihre Bedeutung für die Praxis, Ed. T. Enke, Stuttgart 1940.

Oehlecker (F): Die Bluttransfusion, Ed. Urban-Schwarzenberg. Berlin-Wien 1940.

Rieux (J): Hématologie clinique. Ed. Gaston Doin, Paris 1924.

Tuft (L.): Clinical Allergy, Ed. W. P. Sanders Company, Philadelphia-London, 1938.

(INSTITUTUL DE FIZIOLOGIE ȘI CENTRUL DE TRANSFUZII DIN CLUJ - SIBIU).

RESUMÉ

La prévention des accidents de la transfusion par la stabilisation et la conservation du sang avec le liquide gluco-citraté concentré

I. Des observations faites sur 997 transfusions, il ressort que le sang stabilisé et conservé avec le liquide gluco-citraté concentré, d'après notre technique est beaucoup mieux toléré que la transfusion directe par tous les malades, inclusivement par ceux de la catégorie „dangereuse” avec „l'instabilité” sérique et „l'incompatibilité” sanguine et même par les groupes sanguins incompatibles (de A à B et à O, de B à A).

II. Les accidents plus graves de la transfusion dus à l'incompatibilité du groupe (choc hémolytique) ou à la technique défectueuse de la recoltage et de la conservation du sang (embolies, transmission de l'infection aux récepteurs, l'infection du sang conservé) ne se sont produits dans aucun de nos cas, tandis que les accidents légers (réactions posttransfusionnelles) n'ont été enregistrés que dans 21 cas, sur le total de 997 transfusions, c'est à dire avec une fréquence de 2,1%.

III. La large tolérance de l'organisme pour ce sang pourra être expliquée par son effet alcalinisant — constaté par nous — effet qui assure la stabilité des systèmes colloïdaux du sang et empêche la précipitation de l'hémoglobine au niveau des tubes urinifères, en prévenant par ce mécanisme les accidents secondaires et tardifs de la transfusion.

ZUSAMMENFASSUNG

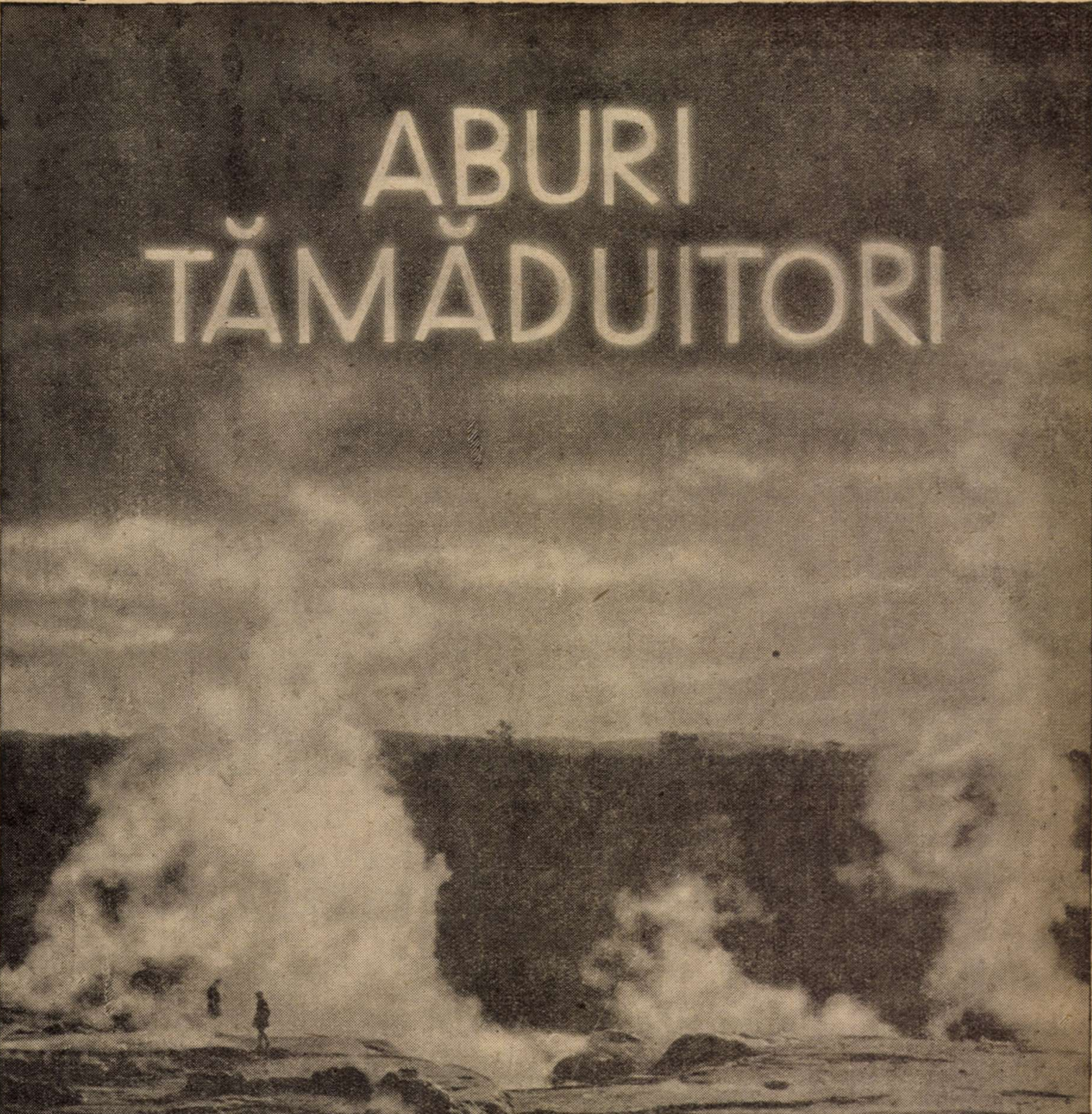
Die Verhütung der Blutübertragungsunfälle durch die Stabilisierung und die Konservierung des Blutes mit konzentrierter Glukose-Zitratlösung

1. Aus unseren Beobachtungen die wir an 997 Blutübertragungen angestellt haben, geht hervor dass das nach unserer Technik, mit konzentrierter Glukose-Zitratlösung konservierte Blut, besser als Frischbluttransfusion von verschiedenen Kranken, einschliesslich von „gefährlichen” mit „Instabilität sérique” und „Incompatibilité sanguine” und sogar von unverträglichen Blutgruppen (von A zu B und zu O, von B zu A) vertragen wird.

2. Die schweren Blutübertragungsunfälle, wie z. B. hämolytischer Shock, Embolien mit Gerinnseln, Infektion und Nierenkomplikationen, sind in unseren Fällen nicht vorgekommen während die leichten posttransfusionellen Reaktionen nur in 21 unter 997 Fällen verzeichnet wurden, also in 2,1%.

3. Die weitgehende Toleranz des Organismus für dieses Blut könnte durch die alkalisierende Wirkung der Glukose-Zitratlösung, die wir festgestellt haben, erklärt werden; diese sichert die Stabilität der Kolloidsystem des Blutes, verhindert die Hämoglobinausfällung auf der Höhe der Nierenkanälchen und verhütet somit die sekundären und späten Unfälle bei der Blutübertragung.

ABURI TĂMĂDUITORI



.... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

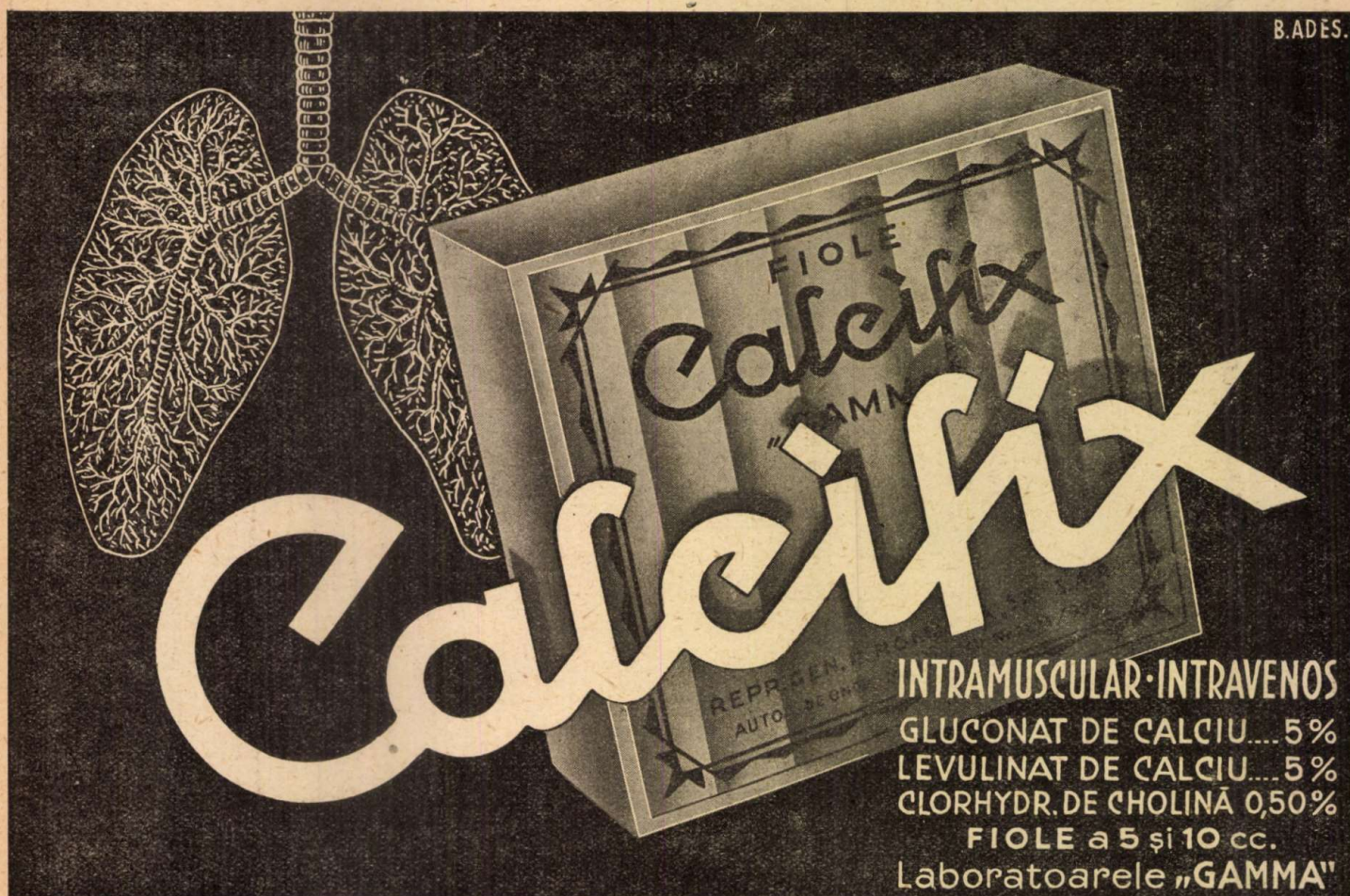
reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos - Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

B.A.D.E.S.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL

DRAGELE



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LINFATISM

INDICATII:
— Anemia —
— Astenia —
— Insomnia —
— Imbecilitate —
— Hiperemia —
— Scurtarea duratei —
— Scurtarea duratei —
— Scurtarea duratei —

Modul de introducere:
ADULTI 2-4 lingurițe
COPILII 1-2 lingurițe
pe zi

LABORATOARE „GAMMA”

Considerațiuni asupra semnificației eozinofiliei în pleureziile exudative

de

O. Fodor și L. Reisenhoffer

În unele colecții pleurale, mai ales hemoragice, constatăm o creștere a numărului celulelor eozinofile. Când prezența lor este mai mare de 10% vorbim de o hiper-eozinofilie a lichidului pleural. Această augmentare se găsește în pleurezii de origine diferită, fără să indice factorul etiologic. Unii autori i-au acordat o semnificație prognostică acestui fenomen biologic, permițând a face un prognostic bun al afecțiunii pleurale.

Prezența acestor celule, nu caracterizează natura pleurezilor și nici nu delimitează un cadru nosologic în felul în care facem denumirea de „pleurezii cu limfocite”. Relevăm însă această particularitate pe care o pot prezenta în anumite condiții unele pleurezii.

Eozinofilia, atât locală cât și generală considerându-se ca un semn de anafilaxie și alergice, prezența ei se pune în legătură cu producerea unui astfel de fenomen în cursul unei pleurezii. Această stare nu este declanșată de introducerea în organism pe cale parenterală de substanțe macro-moleculare sau proteice străine incomplet degradate, ci probabil de rezorbția de substanțe rezultate din descompunerea de materii organice proprii.

Pleurezii cu celule eozinofile au fost descrise prima dată de *Widal* și *Ravaut*, iar studiul lor de ansamblu a fost făcut de *Burnet*. După acest autor cele mai multe dintre pleureziile cu eozinofilie sunt aseptice, determinate de afecțiuni generale sau intoxicațiuni atenuate. Dintre 18 cazuri publicate de el, numai două au fost de origine tuberculoasă. La acestea din urmă, niciodată eozinofilia nu a atins un grad mare.

Dintre formele de pleurezii care se asociază mai des de eozinofilie sunt cele hemoragice. *Widal* afirmă că toate pleureziile hemoragice evoluează cu acest simptom, ceea ce nici alții, nici noi nu putem confirma. Neconcordanța constatărilor depinde și de interpretarea diferită a intensității caracterului hemoragic și de momentul examinării, cât și de faptul că atât eozinofilia din lichid cât mai ales cea din sângele circulant sunt pasagere. Pe de altă parte, dezvoltarea eozinofiliei nu este concomitentă cu apariția caracterului hemoragic al pleurezilor.

S'a descris eozinofilia în pleureziile hemoragice de etiologie diferită: tuberculoasă, gripală, reumatismală. Excepție de la această regulă ar face după *Letulle* și *Natan-Larrier* pleureziile hemoragice canceroase, la care absența eozinofiliei din lichid ar putea fi interpretată ca un semn de diagnostic diferențial important.

Caracterul hemoragic al pleurezilor nu este însă o condiție indispensabilă pentru apariția eozinofiliei. Astfel *Vaucher*, *Kabkaer* și *Zeguinoff* descriu câteva cazuri de pneumotorace artificial și injecții de Lipiodol intrapleural, complicat cu reacții pleurale eozinofilice, fără ca lichidul să fie hemoragic. În toate aceste cazuri evoluția reacției pleurale a fost benignă.

Relevăm constatarea lui *Gregoire* și *Caurcoux* că hemotoracele traumatice și hemartroza aseptice este însoțită totdeauna de eozinofilie foarte marcată, prezența acestora denotând o evoluție bună, colecțiile nefiind infectate.

Observația de mai jos este a unui caz de pleurezie hemoragică cu eozinofilie:

I. F. P. 27 ani. Înainte cu 2 ani fiind pe front, suferă un accident grav răsturnându-se cu o mașină, prezentând contuziuni multiple mai ales toracice. După 2 săptămâni se refacă, simțindu-se bine până înainte cu 10 zile când a prezentat brusc un junghiu destul de accentuat la baza hemitoracelui stâng care iradia spre regiunea mamelonară stângă, și care se exacerba în inspirație. Devine dispneic, tușește mai ales după eforturi. Are cefalee și câteodată senzație de frig.

Obiectiv: amplitudinea mișcărilor respiratorii reduse la hemitoracele stâng. Matitate de această parte, care se ridică până la coasta 4-a, cu respirația abolită. Din partea aparatului cardiovascular, digestiv și renal, relațiuni normale. R. Wassermann negativă. R. Cassoni negativă. Examen coprologic: nu se constată în materiile fecale paraziți sau ouă de paraziți. La radiosopia toracică: umbră costo-marginală stângă care se ridică până la coasta a 3-a. Cordul ușor împins spre dreapta. Afebril atât înainte de internare în clinică cât și timp de 5 săptămâni cât a fost în observație.

În prima zi de internare — a 10-a zi a bolii — se face o puncție pleurală exploratoare și se obține un lichid roșu-brun. Reacția Rivalta și Bard pozitive. La examenul citologic foarte multe hematii, multe polinucleare neutrofile, puține limfocite. Leucitoza: 8.200. Viteza de sedimentare a hematiilor 24/69 mm. Formula leucocitară în sângele periferic:

Polinucleare neutrofile 50%, Limfocite 29%, Monocite 5%, Eozinofile 15%, Basofile 1%.

Se face o evacuare de 1000 cc. lichid pleural, după care se instalează un pneumotorace.

După 5 zile se repetă puncția evacuatoare, evacuându-se tot 1000 cc. lichid cu aceleași caractere macroscopice, microscopic punându-se de această dată în evidență o eozinofilie marcată (68%) a lichidului extras. Leucocitoza 10.000 cu formulă asemănătoare cu cea de la internare (celule eozinofile 13%). A 3-a evacuare de 600 cc. se practică peste alte 5 zile, eozinofilia în lichid scăzând la 45%, limfocitele cresc la 49% și apar celule endoteliale (5%).

După această puncție lichidul pleural nu se mai refacă, iar la puncțiile pleurale exploratoare repetate încă de 3 ori în ur-

mătoarele 3 săptămâni, lichidul extras în cantitate foarte mică este sero-citrin, eozinofilia menținându-se încă în jurul a 20%, celulele prezentând fenomene de alterare marcată, conținutul imprecis, protoplasma foarte slab colorată, granulații puține, mari și de culoare ștearsă. Nucleul fără structură. Apar în schimb tot mai multe limfocite și celule endoteliale. În această fază scade și eozinofilia periferică, revenind la sfârșitul celor 5 săptămâni de observație la valori normale.

În timpul eozinofiliei periferice se face spleno-contrația cu adrenalina:

Înainte de adrenalină: Leococite: 7200, Polinucleare neutrofile 58%, Limfocite 23%, Monocite 6%, Eozinofile 13%.

După 20 minute: Leococite: 12 600, Polinucleare neutrofile 46%, Limfocite 40%, Monocite 2%, Eozinofile 12%.

După 3 ore: Leococite 11.200, Polinucleare neutrofile 84%, Limfocite 8%, Eozinofile 8%.

În timpul spleno-contrației eozinofilele își păstrează proporția, numărul lor absolut crescând. La 3 ore eozinofilia numai ține pas cu înmulțirea relativă și absolută a neutrofilelor. Numărul absolut este însă același ca înainte de administrarea adrenalinei. Creșterea numărului absolut de celule eozinofile după spleno-contrație (20 minute) evidențiază acumularea acestor celule în rezervorul splenic.

Eozinofilia periferică este de origine medulară, cum putem constata din prezența elementelor tinere cu granulații eozinofile în mielogramă:

Polinucleare neutrofile 20.25%, Polinucleare eozinofile 4.5%, Metamielocit neutrofil 11.5%, Metamielocit eozinofil 1.25%, Mielocit neutrofil 12%, Mielocit eozinofil 3.25%, Promielocit neutrofil 1%, Promielocit eozinofil 1.75%, Mieloblast 0.5%, Celulă reticulară 1.50%, Plasmocit 1.50%, Eritroblast 6%, Normoblast 35%.

Se inoculează lichid pleural la cobai. Examinat după 2 luni, animalul nu prezintă leziuni tuberculoase.

După dispariția lichidului pleural, pneumotoracele persistând, la radioscopie se constată o umbră de intensitate constată, localizată spre unghiul costo-diafragmatic, aplicată pe pleura viscerală, de dimensiuni 3/2 cm, cu margini neregulate și intensitate inhomogenă. Revăzut bolnavul după 2 săptămâni dela părăsirea serviciului, pneumotoracele mult mai redus, iar umbra de mai sus nu se mai constată.

La pleuroscopie (Clinica Ftiziologică, Prof. Dr. Daniello) se constată: în sinusul costo-diafragmatic mase fibrinoase pe cale de organizare care formează punți multiple între peretele toracic și bontul pulmonar, întinzându-se pe acestea sub formă de depozit de fibrină. În vecinătatea acestor depozite se văd mai multe imagini crateriforme, rotunde, lipsite de seroasă pleurală, cu margini mai albicioase, fundul lor fiind de o culoare roșie-brună. În jurul unora dintre acestea se pune în evidență câte o zonă iperemică, iar altele sângerează ușor. Restul pleurei viscereale este de culoare cenușie fără luciu. Dezemnul pulmonar nu transpare, se văd numai mici vase.

Se face o biopsie dintr-o astfel de bridă din care la secțiuni se constată (Institutul A. P., Prof. T. Vasiliu) mase mari de țesut collagen dispus în fascicule groase, alteori chiar compacte, cu foarte puține celule conjunctive. Pe alocurea se văd mici îngrămădiri de celule conjunctive cât și istiocitare. Collagenul se prezintă în unele porțiuni omogenizat și cu aspect de edem. Către margine se vede de asemenea o cantitate mai mare de celule istiocitare cât și o proliferație a celulelor de înveliș. Pe alocurea celule polinucleare eozinofile. Se exclude o inflamație specifică sifilitică sau tuberculoasă.

Bolnavul fiind ținut sub observație, lichidul pleural nu s'a mai refăcut, starea generală foarte bună. Prezintă încă o ușoară submatitate la baza stângă cu mișcările diafragmului mai reduse.

În rezumat: este vorba de un individ de 27 ani care a suferit un traumatism toracic, în care timp credem că s'a produs un hemotorace, care nefiind tratat corespunzător, s'a constituit o pachipleurită considerabilă cu multe bride între cele două foițe pleurale, așa cum se întâmplă de regulă în hemotorace, fenomen relatat și de Hăngănuș și Faur. Unele dintre aceste bride s'au rupt așa cum reiese din cele constatate la pleuroscopie, producându-se o nouă hemoragie intrapleurală destul de masivă. În acest stadiu bolnavul ajunge în serviciul nostru. În trei punctii succesive s'au eliminat 2600 cc. lichid hemoragic, după care fenomenele pleurale s'au liniștit progresiv, lichidul devenind din ce în ce mai puțin hemoragic; persistând numai o ușoară reacțiune pleurală exudativă. Eozinofilia în lichidul pleural s'a instalat ceva în urma celei periferice, prelungindu-se câțva timp și după revenirea la normal a proporției celulelor eozinofile din sângele periferic. Eozinofilia pleurală și din sângele periferic a fost concomitentă cu o creștere a numărului celulelor tinere cu granulații eozinofilice din măduva osoasă.

Similar pachimeningitelor și pachivaginitelor hemoragice, tabloul prezentat de acest bolnav l-am putea încadra sub denumirea de *pachipleurită hemoragică de etiologie traumatică*.

Această afecțiune este susceptibilă de recidive similare.

Am amintit la început că *Letulle și Natan-Larrier* interpretează absența celulelor eozinofilice din lichidul pleural hemoragic în favorul etiologiei tumorale maligne a procesului pleuro-pulmonar. Un caz observat de noi ne demonstrează că în anumite condițiuni poate apare și în astfel de pleurezii, eozinofilia.

În general, în tumori maligne dispartia celulelor eozinofile este considerată ca un simptom obișnuit. *Naegeli* observă în unele forme incipiente de cancer înmulțirea acestor celule, mai ales în jurul tumorii. În formele mai avansate ele pot apare în număr mai mare și în sângele circulant. Cazuri similare de tumori pulmonare cu eozinofilia locală, în sângele periferic și în măduva osoasă au descris *Kappis* și *Strisower*, atunci când tumora prezenta și părți necrotice.

Cazul observat de noi este o tumoră medastinală cu reacție pleurală hemoragică și cu eozinofilia sanguină și în lichidul pleural.

II. O. G. 43 ani. Acum 4 ani observă că-i apare o tumoră mică, cât un bod de fasole în regiunea latero-cervicală stângă, nedureroasă. Acesta începe să crească insidios, ajungând în decurs de un an la mărimea unui ou. În jurul ei mai apar vreo 2-3 tumorete asemănătoare care încă cresc încet. În ultimii 2 ani ele cresc fără ca bolnavul să observe vreo jenă din cauza lor. De 7 luni ele cresc mult, prima ajungând până la dimensiunea unui pumn, iar cealaltă de mărimea unei nuci. Tot de atunci este dispneic la cel mai mic efort, acuză o senzație de presiune în regiunea superioară toracică și cervicală, tușește fără să expectoreze decât uneori, o spută sero-mucoasă. Tot cam de 7 luni numai poate dormi decât în decubit lateral drept, în altă poziție fiind foarte dispneic. În ultimele luni observă că extremitatea cefalică îi devine tot mai cianotică. Pofta de mâncare redusă. A slăbit mult în forțele fizice și greutate. Nu ar fi prezentat ascensiuni febrile.

La examenul obiectiv: tegumentele extremității cefalice, gâtul și porțiunea superioară toracică cianotice, ușor edem în pelerină. Venele jugulare foarte dilatate cu circulație colaterală în porțiunea superioară toracică. În regiunea cervicală anterioară și laterală stângă mai multe tumori între mărimea unui pumn cea mai mare și de mărimea unor nuci, cele mai mici (în total 5—6 tumorete) nedureroase, neizolabile între ele, de consistență nu prea dură și aderente de țesuturile din profunzime, neaderente de tegumente. Ganglionii limfatici nu sunt măriți. Hemitoracele drept prezintă mișcări respiratorii mai reduse, iar la percuție matitate deasupra celor 2/3 inferioare, cu respirația abolită. În partea stângă sonoritate cu murmur vesicular înăsprit. Tonul II. la pulmonară mai accentuat, în rest relațiuni normale asupra aparatului cardiovascular. Aparatul digestiv: clinic și radiologic nimic patologic. Urina fără elemente patologice, R. Wassermann în sânge negativă.

La radiosopia toracică jumătatea inferioară a câmpului pulmonar drept intens și omogen umbră cu prelungire marginală ce se ridică până la claviculă. Jumătatea internă a câmpului pulmonar drept superior ocupată de o umbră omogenă cu margine regulată, care se continuă în sus în spre regiunea cervicală. După evacuarea lichidului pleural această umbră se poate observa că se întinde în jos până la nivelul crestei aortei. Cordul ușor deplasat în spre stânga.

Se scoate una dintre tumorețele mai mici din regiunea cervicală stângă și la examenul istopatologic (Institutul de A. P.) se constată o structură tumorală fără elemente de ganglion limfatic. Structura este complicată, putându-se distinge o stromă și un parenchim. Stroma ar fi făcută din alveole, formate mai mult din celule cu caracter epitelial. În multe din aceste alveole se văd mase albuminoase fără nuclei, în diferite stadii de evoluție, dând impresia unei substanțe rezultate în urma necrozei celulare. Tumora nu se poate încadra în una dintre grupe nosografice cunoscute, fiind probabil o tumoră vestigiară epitelială, fără caractere de malignitate.

La puncția pleurală se extrage un lichid galben-roșietic, ușor tulbure, cu reacția Rivalta pozitivă. Microscopic: hematii limfocite, multe celule endoteliale și reticulare. Se evacuează 2000 cc. lichid după care fenomenele subiective se ameliorează. Lichidul se reface însă foarte repede, în decurs de 7 săptămâni evacuându-se total 12 500 cc. Leucocitoză 7200. Formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 77%, Limfocite 20%, Monocite 1%, Eozinofile 1%, Celulă endotelială 1%.

La proximele 3 evacuări lichidul devine hemoragic, culoare portocalie închisă, iar microscopic pe lângă elementele dela prima examinare, apar multe celule polinucleare eozinofile.

Formula leucocitară: Polinucleare neutrofile 3%, Limfocite 52%, Eozinofile 23%, Celule endoteliale 22%.

Concomitent apare și o eozinofilie în sângele periferic de 8%.

Aceste fenomene se mențin timp de aproximativ 3 săptămâni după care atât eozinofilia din lichidul cât și din sângele periferic dispar.

Se face radioterapie asupra tumorii, fără a se influența nici starea generală nici locală a bolnavului. Dimpotrivă, se simte din ce în ce mai slăbit, mergând rapid spre cașexie.

În rezumat: tumoră mediastinală și cervicală fără a fi de natură ganglionară limfatică, la un individ de 43 ani, în ultimul timp cu evoluție rapidă. Din punct de vedere istologic de natură epitelială, cu părți necrotice, fără a i se putea stabili cu precizie originea, reacție pleurală hemoragică accentuată și cu eozinofilie în lichidul pleural (23%) și în sângele periferic (8%). Cu toate că din bucată examinată nu se putea stabili istopatologic caracteru malign al tumorii, evoluția clinică trădează un astfel de caracter. Eozinofilia ar putea fi explicată și prin prezența de părți necrotice în tumoră, așa cum reiese din publicațiile lui Kappis și Strisower, însă apariția ei de scurtă durată și concomitentă atât în

lichidul pleural cât și la periferie, în același timp cu accentuarea caracterului hemoragic al lichidului pleural ne face să-i acordăm acestui fenomen importanță patogenetică mai mare în producerea eozinofiliei.

În ambele observații apariția eozinofiliei a fost în legătură cu caracterul hemoragic al lichidului, iar după cum reiese din observația I. între instalarea exudatului hemoragic și apariția eozinofiliei este un răstimp în jurul a 10 zile. Prima apare eozinofilia periferică urmată imediat de înmulțirea acestor celule și în lichidul pleural, iar dispariția urmând în ordine inversă.

Burnet le descrie aceste exudate cu eozinofille ca foarte toxice pentru animalele de experiență, acestea sucombând de obicei la câteva zile după inoculare.

Asupra originii celulelor eozinofile din lichidul pleural s'au emis ipoteze foarte variate. Astfel Liebreich crede că granulațiile eozinofilice ar proveni din hemoglobina hematiilor din lichid. Petzetakis susține că celulele eozinofile se formează local derivând din celule endoteliale, fiind datorite unei involuții protoplasmice care duce la o degenerescență granuloasă specială și care precede moartea naturală a acestor celule închise într-o cavitate aseptică. Widal și Faure-Banlieu cred că aceste celule sunt de origine limfatică, bazându-se pe prezența în pleură de celule eozinofile cu 1 sau 2 nuclei. Pavel și Brancovici susțin că se nasc local, derivând din monocite. Alți autori printre care și Heilmayer afirmă că orice celulă polinucleară eozinofilă nu poate lua naștere decât în măduva osoasă sau alte țesuturi melogene, acumulându-se în anumite regiuni în număr mai mare, potrivit mistunilor pe care o au de a face înofensive substanțe proteice străine sau alte substanțe macro-moleculare. Asupra originii medulare a acestor celule, aduce o dovadă îndubitabilă observația I. a noastră, unde în timpul eozinofiliei locale și generale am găsit și creșterea numărului de granulocite tinere eozinofilice în măduva osoasă.

Pavel și Brancovici cred că eozinofilia sanghină și cea pleurală sunt fenomene independente una de alta, apariția lor concomitentă fiind o simplă „coincidență”.

Burnet, Vaucher, Kabkaer, Zeguinoff susțin că eozinofilia sanghină este datorită emigrării acestor celule din exudatul pleural. Ambele păreri sunt înfirmate prin constatările noastre, noi observând o dependență strânsă între una și alta, prima fiind eozinofilia periferică și tot ea fiind prima care dispare.

Celulele polinucleare eozinofile fiind elemente caracteristice proceselor anafilactice și alergice, apariția lor în cantitate mai mare în aceste pleurezii trebuie pusă în legătură cu procesul de apărare pe care ele îl întreprind împotriva unor elemente derivate din descompunerea sângelui revărsat, explicându-se astfel acumularea lor în cantitate mai mare acolo unde le este mistuna de apărare, respectiv în cavitatea pleurală. Că procesul

alergic este declanșat de anumite produse de descompunere a sângelui, este relevat prin faptul că această reacție eozinofilă nu se instalează imediat după revărsarea sângelui în cavitatea pleurală, ci numai după un răstimp de câteva zile.

Eozinofilia lichidului pleural nu poate fi întrebunătățită în stabilirea prognosticului afecțiunii pleurale. Prognosticul este acela corespunzător flecărei pleurezii, la care s'a asociat această eozinofilie.

Concluzii. 1. Pleureziile, mai des cele hemoragice, se pot asocia de eozinofilie.

2. Eozinofilia lichidului pleural este însoțită de obicelu și de eozinofilie în sângele circulant.

3. Celulele eozinofille fiind elemente caracteristice proceselor de alergii, prezența acestor celule în colecția pleurală și sângele periferic, trebuie pusă în legătură cu un proces similar declanșat în cavitatea pleurală.

4. Procesul alergic credem că este declanșat de produse rezultate din descompunerea sângelui, eozinofilia apărând la interval de câteva zile după apariția caracterului hemoragic al pleureziei.

5. Originea celulelor eozinofille este medulară.

6. Prezența lor nu poate constitui un element de prognostic în afecțiunea pleurală căreia se asociază.

CLINICA I. MEDICALĂ

Director Prof. I. Hatieganu

RESUMÉ

Considerations sur la signification de l'éosinophilie dans les pleurésies exudatives

Les auteurs communiquent deux cas : un avec pachypleurite hémorragique d'étiologie traumatique, l'autre avec une tumeur médiastinale et pleurésie hémorragique. Dans les deux cas ont constaté une hyperéosinophilie marquée dans le liquide pleural et dans le sang périphérique. Les cellules éosinophiles sont d'origine médullaire.

ZUSAMMENFASSUNG

Bemerkungen über die Bedeutung der Eosinophilie bei exsudativer Pleuritis

Die Autoren berichten über zwei Fälle, einen von Pachypleuritis hämorrhagica traumatischer Ätiologie, einen anderen von Epithelzellentumor des Mediastinums mit hämorrhagischem Pleuralerguss; beide mit erhöhter Eosinophilie der Pleuralflüssigkeit.

Im ersten Fall wurde eine lokale Eosinophilie (Pleuralflüssigkeit) von 68% und des peripheren Blutes von 15% konstatiert; im zweiten Fall eine Eosinophilie (Pleuralflüssigkeit) von 23% und des peripheren Blutes von 1%.

Die beobachteten Fälle beweisen, dass die Gegenwart eosinophiler Zellen in pleuralen Ergüssen nicht von entscheidender Bedeutung für die Prognose hämorrhagischer Pleuritiden sind, da der erste Fall von guter der zweite dagegen von infauster Prognose war. Die eosinophilen Zellen sind medullärer Abstammung.

Un caz de hernie diafragmatică dreaptă cu semne clinice de fistulă stercorală toracică

de

Dr. C. Berariu, Dr. Gh. Faur și Dr. Gh. Ioanoviciu

Sub hernie diafragmatică înțelegem evadarea organelor abdominale sau toracice, prin diafragm. Cea mai frecventă posibilitate este aceea a organelor abdominale, în cavitatea toracică.

Diafragmul în constituția sa musculo-tendinoasă, prezintă și în cazuri normale, în afară de orificiile naturale (esofagian, aortic, al venei cave inf. etc.) o serie de hiatusuri, defecte și puncte slabe, care pot ceda la diferențele de presiune toraco-abdominală.

În vîrsta embrionară și fetală, încă se pot produce astfel de hernii, datorită unor malformațiuni în dezvoltarea diafragmului.

Aceste hernii sunt mai rar compatibile cu vîrsta decât cele produse după naștere. De cele mai multe ori herniile embrionare sunt adevărate, în sensul că organele herniate au un sac herniar peritoneal, pe când cele câștigate în marea lor majoritate sunt hernii false, adică nu au sac herniar peritoneal.

În trecut, hernia diafragmatică a fost un diagnostic de autopsie, însă evoluția tehnicii radiologice a făcut posibil și diagnosticul clinic. Ambrosie Paré a fost primul care a atras atențiunea asupra posibilității producerii acestor hernii, într'un caz autopsiat de el. De atunci până în prezent s'au descris în literatură sute de cazuri.

Majoritatea descrierilor cuprind hernii diafragmatice stîngi, care față de herniile drepte sunt în proporție de 4/1 (Greenwald și Steiner). Această diferență este datorită faptului că diafragmul drept este protejat de masa hepatică, pe când cel stîng este aproape liber.

Cităm după Siellmann câteva cazuri de hernie diafragmatică dreaptă tocmai pentru raritatea lor: Epinger descrie un caz de hernie sternală, Dietlen și Knierim, apoi Freud și Lorenz descriu hernie prin orificiul esofagian.

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree

sindromul gastro-
cardiac

meteorism



Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Scillozal

Glicosidul cardiac
maniabil cu mari po-
sibilități de dozare.

ASTA AKTIENGESSELLSCHAFT · CHEM. FABRIK · BRACKWĒDE



Literatură și eşantioane vă
stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

Acitetramin

TABLETE

Hidrofosfat de hexameti-
lentetramin

Desinfectant urinar și biliar
A N T I S E P T I C

BELLAFIT

Fiole injectabile,
soluție și tablete

A n t i s p a s m o d i c e n e r g i c
conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădă-
cină de belladonna

Jodoterapia pe cale parenterală prin

Vasojod

S u b c u t a n — i n t r a m u s c u l a r — i n t r a v e n o s

Fiole de 2 și 5 cc., conținând 4 respectiv 10 mgr. jod

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.02

În 1938 s'a comunicat un caz de hernie diafragmatică stângă, la *Societatea Științelor Medicale din Cluj*, de *Prof. Dr. Hăngănuș, Dr. Popescu și Dr. Moga*.

În *Clinica Medicală II* din 1939 încoace, nu s'a observat nicio hernie diafragmatică. Cazul pe care-l publicăm prezintă unele particularități, complicații și dificultăți de diagnostic, pe care nu le-am întâlnit în literatura consultată.

În 17 Decembrie 1943 se internează în clinică bolnava E. H. de 26 ani.

Boala pentru care vine a început brusc, înainte cu 2 săptămâni, cu junghiu puternic în regiunea mamelonară dreaptă și la baza hemitoracelui drept, tuse chinuitoare cu puțină expectorație mucoasă și dispnee. La aceste simptome pulmonare se adaugă o cefalee intensă, grețuri și vărsături biliase. În scurt timp bolnava face frisoane urmate de ascuși febrile până la 39 grade. Examinată de un medic, i se pune diagnosticul de pleurezie dreaptă și începe un tratament medicamentos. Starea bolnavei se menține însă gravă, tusea este din ce în ce mai rebelă. Pofa de mâncare diminuează progresiv, scaunele se răresc la 2—3 zile odată.

În antecedentele h. c și p. nu găsim nimic de semnalat

La examenul obiectiv: Statură mijlocie, starea de nutriție redusă. Tegumentele palide, cenușii, cu pomeții roșii. Ganglionii nu sunt măriți. Aparatul locomotor intact. Sistemul nervos: nimic patologic.

Aparatul respirator: Toracele este înalt, simetric, ia parte în mod inegal la mișcările respiratorii, hemitoracele drept rămânând în urmă. Fosele supra- și subclaviculare escavate. La palpație freacă pectorală abolită la baza hemitoracelui drept. La percție matitate în 1/2 inf. a hemitoracelui drept. Auscultatoric, murmur vezicular abia perceptibil asupra matității, abolit la baza dreaptă.

Aparatul circulator: Șocul apexian în spațiul al 5-lea intercostal stâng, în linia medio-claviculară. Aria matității precordice între limite normale. Sgomotele cardiace ritmice, regulate, ușor voalate. T. A.: 11—6½ (V. L.). Pulsul frecvent 100—120 pe minut, mic de volum, ușor depresibil.

Aparatul digestiv: Abdomenul de aspect și circumferință normală, fără puncte dureroase. Ficatul nu este mărit, splina nu se palpează.

Aparatul genito-urinar: nimic deosebit. Urina galbenă portocalie, clară. Densitatea 1020 alb, pur. zah. negative.

Leucocitoză: 7100, Hematii: 3.000.000, Hgb: 64%, Reacția B. Wass. — negativă.

Examenul clinic punând în evidență simptomele unei afecțiuni pleurale se face puncție pleurală dreaptă exploratoare. Se obține un lichid sero-fibrinos și hemoragic, cu reacția Rivalta intens pozitivă, iar în sediment cu predominanță de polinucleare (89%).

A doua zi se face examenul radiologic pulmonar și se constată prezența unui mic hidro-pneumotorace la baza pulmonului drept, produs probabil de puncția exploratoare, scizurită dreaptă superioară și un infiltrat omogen situat central la baza lobului superior drept.

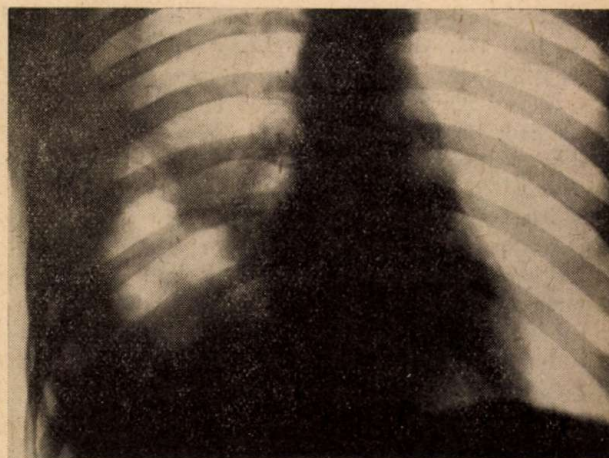
Se administrează un expectorant și se face examenul sputei. Koch în spută negativ, floră microbiană banală, cu predominanță pneumococilor.

Am instituit o terapie cu sulfamide (Dagenan) în doze masive timp de 5 zile, fără a obține niciun rezultat. Febra se menține peste 38 grade, iar a 5-a zi face un frison cu temperatură de 40 grade, starea generală este mai alterată, bolnava are dureri la baza hemitoracelui drept, polipnee, tuse cu expectorație muco-purulentă și grețuri fără vărsături.

Am suprimat Dagenanul și se continuă cu decoct de se-nega și injecții de calciu clorat intra-venos.

Se repetă puncția pleurală exploratoare. Lichidul păstrează același aspect ca la prima puncție, limfocitele crescând de data aceasta în sedimentul pleural, până la 32%.

A 7-a zi de la internare, după o tuse intensă, foarte chinuitoare, pe care a avut-o toată noaptea, bolnava expectorează o spută muco-purulentă abundentă, cu miros fecaloid, conținând o serie de fragmente de mărimi diferite, colorate în galben brun.



Se face examenul microscopic al sputei și al fragmentelor conținute și se găsesc particule fecaloide colorate, fibre vegetale, amidon (la colorația cu Lugol) și fibre musculare digerate.

În fața acestui fapt se repetă examenul radiologic pulmonar, găsind următorul tablou: o scizurită scleroasă dreaptă superioară, cele 2/3 inf. ale plămânului drept sunt omogene voalate, în centrul umbrei se găsește o clarificare cu delimitare policiclică, care are aspectul unei anse intestinale plină cu gaze.

Se face radiografia toracelui confirmându-se cele găsite la radioscopie, în plus putându-se citi și desenul intestinal.

Cum pare probabil că e vorba de o fistulă bronho-intestinală (sau stercorală toracică) se administrează bolnavei albastru de metilen în cașete de 0,10 gr. de patru ori din oră în oră. La 6—8 ore de la ingerare, bolnava expectorează o spută intens colorată în albastru.

Fetiditatea sputei se menține timp de 4 zile, pentru ca apoi, să dispară brusc și să nu mai reapară.

La radioscopia pulmonară de data aceasta nu se mai constată imaginea radiologică anterioară, hernia diafragmatică dreaptă fiind dispărută. Se face un pasaj gastro-intestinal cu barium și nu se găsește nimic deosebit afară de o ptoză moderată a colonului.

Remarcăm deci coincidența apariției elementelor fecaloide în spută, cu apariția tabloului radiologic de hernie diafragmatică dreaptă, a 7-a zi de la internare.

După 4 zile (decă în a 11-a zi) dispar brusc atât fetiditatea fecaloidă a sputei, cât și imaginea radiologică a herniei.

Starea generală se alterează foarte mult, pulsul 120 pe minut, febra cu caracter septic, intermitent, uneori cu frisoane, polipnee. Abdomenul liber. Lichidul pleural crește cantitativ, iar deasupra matității se percepe la percție un sunet timpanic.

Din aceste motive se face o puncție pleurală dreaptă evacuatoare. De data aceasta lichidul pleural este galben brun foarte fetid, iar la examenul microscopic se găsește o floră microbiană abundentă.

A doua zi face un emfizen subcutanat cu edematierea peretelui toracic și temperatura se urcă la 40 grade. Se impune indicația operatorie de urgență. Se face o costotomie dreaptă (Do-

cent Dr. Filipescu) cu drenare largă și din cavitatea pleurală se scurge o cantitate abundentă de lichid purulent putrid, de aproximativ 1000—1500 cc.

După intervenție starea generală se ameliorează, se fac două transfuzii consecutive cu sânge conservat, în cantitate de 660 cc. Se reîncepe sulfamido-terapia, cu tablete de albucid și spălături pleurale cu soluții de neosalvasan.

La două săptămâni după intervenție starea bolnavei se agravează, devine apatică, adinamică, transpiră abundent, are turburări de vedere (anemia fundului de ochi, ipotensiune arterială retiniană) leucocitoza se urcă la 16.900, temperatura la 39,3, pulsul la 160—170, abia perceptibil, iar latero-cervical drept apare un ganglion foarte dureros de mărimea unei nuci. Se administrează cardiotonice, sulfamide, sub formă de injecții și per os, se fac pansamente și spălături pleurale zilnice, dar starea bolnavei se menține foarte gravă, iar în a 22-a zi dela intervenție sucombă.

În fața acestui tablou clinic și radiologic s'a pus diagnosticul de pneumonie dreaptă cu pleurezie parapneumonică, asociată cu o hernie diafragmatică dreaptă, complicată cu fistulă stercorală toracică.

Subliniem faptul, că deși examinată la început radiologic, nu s'a putut pune în evidență decât infiltratul omogen (pneumonic) dela baza lobului superior drept, umbră costo-marginală și excursii reduse ale hemidiafragmului drept. Până în acest moment diagnosticul nostru se oprea la o pneumonie dreaptă și pleurezie parapneumonică. La a 2-a examinare radiologică, cerută de faptul că bolnava a expectorat o spută fetidă cu fragmente galben-brune, în care la examenul microscopic am recunoscut particole alimentare, parțial digerate (fibre vegetale, fibre musculare, amidon) am constatat cu surpriză prezența unei transparențe mărite în dreapta înțel, net delimitată de transparența pulmonară. La radiografia pulmonară în această imagine se distinge un desen caracteristic pentru intestin. Nu se poate specifica dacă este vorba de colon sau de jejun-leon. Diagnosticul de hernie diafragmatică se impunea cu certitudine, deși pentru completarea examinării ar fi fost necesară și o frigoscopie. Pentru a preciza natura herniei trebuia să se institue și un pneumo-peritoneu. În cazul unei eventrații diafragmatice sau a unei hernii adevărate cu sac herniar peritoneal, nu se produce un pneumo-torace, iar imaginea radiologică a herniei câștigă un dublu contur. În cazul unei hernii false, adică lipsite de sac herniar peritoneal, odată cu pneumo-peritoneu se formează și un pneumo-torace. Am fost nevoiți să renunțăm atât la frigoscopie, cât și la pneumo-peritoneu, din cauza stării generale mult alterate a bolnavei și mai ales că barul sub presiune ar fi putut lărgi traectul fistulos intestinal, pe care eram îndreptățiți să-l bănuim.

Existența particulelor fecaloide în spută ne-a determinat să admitem posibilitatea unei comunicări între intestin și arborele bronșic. Pentru a confirma această presupunere am administrat bolnavei pulbere de albastru de metilen la intervale de o oră câte 0,10 gr.

în total 0,40 gr. în 4 cașete. La 6—8 ore dela administrare, bolnava a început să expectoreze o spută mucopurulentă, aerată, intens albastră. Prin această probă am considerat confirmată afirmațiunea noastră.

În ce privește mecanismul producerii acestei hernii suntem de părere că în primul rând a fost necesară existența unei dehiscențe diafragmatice (un hiatus) și în al doilea rând un dezechilibru de presiune între cele 2 mari cavități, abdominală și toracică. Acest dezechilibru tensional a fost produs prin tusea chinuitoare, de care suferea bolnava și de forța aspirativă toracică.

La examenul anatomo-patologic făcut de d-l Prof. Dr. Titu Vasiliu și d-na Dr. Antonescu, s'a pus în evidență existența unui hiatus, având diametrul de aproximativ 2 cm., localizat înapoi și în dreapta orificiului esofagian. O sondă introdusă din abdomen prin acest hiatus a pătruns până la limita inferioară a hilului pulmonar drept. Nu s'a putut găsi nicio comunicare cu cavitatea bronșică și nicio perforațiune sau cicatrice la nivelul colonului sau a intestinului subțire. Nu s'a găsit nicio comunicare între cavitatea peritoneală și cea pleurală, hiatusul fiind perfect barat circular de aderențe pleuro-diafragmatice.

În ambii plămâni s'au găsit focare congestive și abcese multiple de diferite dimensiuni. La vârful pulmonului stâng un abces de mărimea unei nuci, conținând un puroiu galben-cremos.

Două probleme rămân de rezolvat:

1. Aceea a producerii fistulei stercorale și 2. Aceea a emblemului putrid.

Ne-am oprit asupra următoarelor două ipoteze:

1. O posibilitate este următoarea: Între ansa intestinală herniată și prezența materiilor fecale în spută, precum și a colorantului ingerat și apoi expectorat, după 6 ore, există o legătură indiscutabilă, deoarece odată cu reducerea herniei și dispariția ei la ecran (după 4 zile) a dispărut și fetiditatea fecaloïdă a sputel. Această presupunere ar putea fi explicată prin existența unei comunicări spontane bronho-intestinale, de dimensiuni foarte mici, care s'a închis după reducerea herniei, ca un mecanism de supapă, într'un mod atât de perfect, încât nu s'a produs infecția peritoneală.

Așa s'ar motiva și lipsa ei la examenul anatomo-patologic. Fragmentele mici de materii fecale ajunse în arborele respirator ar fi putut cauza pe cale bronșică, abcesele multiple din plămân.

Un astfel de micro-abces cortical deschis în pleură, ar fi putut infecta lichidul pleural cu floră intestinală anaerobă și ar fi dat emblemul putrid consecutiv. Mărirea treptată a plo-pneumotoracelui s'ar explica prin dezvoltarea gazelor rezultate din procesul de putrefacție a lichidului pleural. Lipsa albastrului de metilen în lichidul pleural întărește această supozitie. Cavitatea pleurală nu comunica cu cavitatea peritoneală, după

cum am amintit deja anterior, pentru că hiatul diafragmatic era perfect barat circular de aderențe.

O altă posibilitate mai puțin probabilă ca prima este următoarea:

2. Cu ocazia unei dintre puncții, acul a traversat parenchimul pulmonar, respectiv o bronșie apoi ansa intestinală herniată. Prin manevrele de aspirație, mici fragmente din conținutul intestinal au fost introduse în plămân, în bronșie și în cavitatea pleurală. Rezultatul: expectorația lor prin spută și infectarea lichidului pleural. Tot cu această ocazie s'a produs și o comunicare bronho-pleurală, un pneumo-torace drept, puțin manifestat din cauza aderențelor pleurale masive. Acest fapt a fost constatat la examinările ulterioare, prin creșterea hidro-pneumotoracelui. Ansa intestinală herniată se reduce, iar orificiul mic circular se închide prin tonusul musculaturii proprii. Astfel putem explica lipsa cicatricii intestinale la autopsie. Ulterior, prin fistula pleuro-bronșică, lichidul pleural purulent, a putut fi diseminat prin continuitatea bronșică în ambii plămâni. Astfel se poate explica multiplicitatea abceselor pulmonare găsite la autopsie.

În concluzie, deci, se pune problema unei fistule stercorale toracice spontane sau traumatice, fără a putea înclina mai mult spre una din ele. Numai ipotezele acestea ne permit să punem în concordanță și să construim un tablou unitar din simptomele clinice și radiologice, pe care le-am observat.

Raritatea cazului și a complicațiilor asociate, precum și greutatea stabilirii unui diagnostic ne-au determinat să publicăm observațiunea de față.

CLINICA MEDICALĂ II CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Ioan Goia

RESUMÉ

On décrit un cas d'hernie diaphragmatique droite avec symptômes cliniques de fistule stercorale thoracique chez une femme de 27 ans.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird ein Fall von rechter Zwerchfellhernie mit klinischen Symptomen einer Darm-Bronchialfistel bei einer 27 jährigen Frau beschrieben.

Boala lui Guillain-Barré în legătură cu un caz clinic

de

Dr. Duma D., asistent

În timpul și după războiul mondial trecut, au fost semnalate aproape în toate țările și continentele, o serie de infecțiuni neurotrope primitive, — diferite de encefalita letargică a lui von Economo — și nedeterminate nici până azi din punct de vedere etiologic, care apăreau epidemic sau sporadic, realizând diferite aspecte clinice de encefalită, mielo-encefalită, meningo-mielo-encefalită, etc. sau interesând cu predilecție neuronul periferic (motor și sensibil) dând aspecte de polinevrită.

Dintre aceste din urmă, — cu localizare exclusivă pe sistemul nervos periferic — au izolat și descris în 1916 Guillain, Barré și Strohl, pe baza a două observațiuni clinice, un sindrom neurologic de poli-radiculonevrită, pe care-l credeau datorit unui agent infecțios sau toxic, cu afinitate în același timp și pentru rădăcinile rachidiene, pentru nervii periferici cât și pentru mușchi, fără să-i poată acorda sindromului valoarea unei entități morbide — ceea ce s'a făcut cu mult mai târziu — în lipsa cunoștințelor asupra factorului etiologic.

Aspectul clinic al cazurilor arăta fenomene de parestezii, pareze sau paralizii flasce de tip poli-nevritic, areflexie osteotendinoasă cu păstrarea celor cutanate, dureri la presunea maselor musculare, ușoare turburări

ale sensibilității obiective și ale reacțiunilor electrice, scoțând în evidență ca semnătură caracteristică hiperalbuminoza fără reacție celulară (disociație albuminocitologică) în lichidul cefalo-rachidian și noțiunea curabilității, pronosticul fiind benign.

În 1925 Guillain împreună cu Alajouanine și Perisson revine asupra sindromului său și arată că reacția coloidală cu benzoe este pozitivă în lichid, precipitarea producându-se în zona meningei, ea datorându-se nu hiperalbuminozei, ci prezenței unei globuline de desintegrare nervoasă, cu o încărcătură electrică specială.

Tot Guillain arată că de multe ori — deși areflexia osteotendinoasă este regula, reflexele mediane: medio-pubian, medio-sternal, maseterin, rămân nealterate, iar de altă parte cele cutanate pot fi abolite și atrage atențiunea că de multe ori după vindecare, areflexia osteo-tendinoasă persistă multă vreme (peste 5 ani într'un caz), ceea ce are importanță pentru diagnosticul de viitor, căci acești bolnavi vindecați de poli-radiculonevrită lor, dacă prezintă ulterior un sindrom abdominal dureros sau algiile reumatismale, foarte ușor pot fi considerați de tabetici, trebuind să sufere astfel toate consecințele unui diagnostic eronat.

Se descriu apoi mai târziu și alte simptome noi, așa André Thomas și Rendu în 1925 semnalează participarea nervilor cranieni. Mai frecventă este paralizia de tip periferic uni sau bilaterală a feței (care în cazul lui Thomas și Rendu s'a complicat cu stokinzie, iar în al lui Alajouanine și Boudin cu hemispasm facial), mai rar sunt prinși oculo-motorii, constatându-se numai o diplopie trecătoare, paralizia putând interesa mai rar oricare alt nerv cranian fie izolat, fie mai mulți nervi deodată, cum a fost cazul lui Guillaín și Kreis, în care au fost prinși perechile craniene: II, V, VII, VIII și IX. Drăgănescu, Kreindler și Façon au semnalat paralizia feței cu diplopie și turburări bulbare, Fliszhaut publică un caz cu stază papilară, iar în cazul nostru au fost prinși oculo-motorii, trigemenul, feța și pneumogastriul de ambele părți, etc. etc.

Turburările sfincteriene au fost constatate chiar de la început, deși ele sunt mai rare; s'a semnalat chiar impotența (Drăgănescu-Façon — Iordănescu și Vasilescu, Baruk, Poumeau-Delille) aceste turburări fiind explicate prin interesarea ultimelor rădăcini sacrate, excluzându-se orice leziune medulară.

Ataxia încă a fost adeseori semnalată de prin 1928 (Krakowski și Poncz etc.), fiind explicată prin turburările de sensibilitate profundă, care uneori pot ajunge până la anestezie vibratorie și pierderea noțiunii atitudinilor.

Delbecke și von Bogaert relatează prezența xantocromiei și a coagularii masive în lichidul cefalo-rachidian, ceea ce a fost întâlnită apoi și de alți autori.

Au fost descrise diferite tipuri în această boală. Așa în 1936 Alajouanine și Boudin izolează tipul pseudomielitic, în care a rămas ca sechelă o retracțiune tendinoasă, fapt unic în poli-radiculo-nevrită de care ne ocupăm. În 1937 Guillaín și Kreis precizează trei tipuri: unul inferior sau spinal în care paralizia interesează numai membrele, un altul superior sau mezencefalic în care sunt prinși exclusiv numai nervii cranieni și în sfârșit tipul mixt mezencefalo-spinal, când se combină paralizia nervilor spinali cu a celor cranieni. Mai târziu Guillaín admite și o a patra formă cu turburări mintale curabile.

De la început etiologia acestui sindrom a fost foarte mult controversată. S'a publicat cazuri survenite în timpul sau după o stare infecțioasă manifestă localizată sau generală. Așa Drăgănescu cu colaboratorii au observat un caz după osteo-mielita brațului, iar un altul după abces perianal, Kissel și Simons după angină flegmonoasă, Cossa cu colaboratorii după furunculoză. În unele cazuri (Drăgănescu cu colaboratorii, Kreindler și Anastaslu) cu antecedente specifice și reacții umorale pozitive în lichid și sânge, s'a susținut o origine sifilitică, ba ceva mai mult Trabaud cât și Dereux, cred în această etiologie, chiar când reacțiunile umorale

și antecedentele sunt negative, dacă sindromul cedează la tratamentul specific. Se mai citează în etiologie: parulismul, tuberculoza pulmonară, oreionul, rușeola, cât și diferitele vaccinări: antitific, antistafilococic, antigonococic sau unele intoxicațiuni: alcoolism (Laruelle și Massion), după o intoxicație cu scoici de mare (François, Zuccoli și Montus) concomitent punându-se și problema unui virus neurotrop specific, care pare că reunește cele mai multe sufragii.

Astfel s'a admis o formă secundară a poli-radiculo-nevritel, în etiologia căreia ar juca un rol factorii de mai sus toxico-infecțioși, cât și o formă primitivă cu virus neurotrop special, având afinitate pentru neuronul periferic.

Se mai susține de unii această dualitate, deși cu multă probabilitate rolul factorilor amintiți, s'ar rezuma la producerea unor perturbațiuni în organism, care pot favoriza dezvoltarea infecțiunii neurotrope. Guillaín și Barré în publicațiunile lor ulterioare nu admit decât originea neuro-tropă și fixează cadrul sindromului spunând că: nu toate poli-radiculo-nevritele ce se întâlnesc în clinică fac parte din sindromul lor. Ei nu admit înglobarea sindromului lor în paralizia tip Landry, în formele de paralizie bulbară mortală, în infecțiunile supra-acute ale nevraxului consecutive febrei eruptive, nu admit ca factori etiologici nici stiftul sau difteria (deși în poli-nevrita difterică însuși Guillaín cu Guy Laroche au descris o disociație albumino-citologică în l. c. r.), elimină și alcoolismul cât și cazurile unde există o reacțiune celulară în lichidul cefalo-rachidian.

În jurul pleocitozelor lichidiene încă a fost o discuție; Guillaín la început a fost exclusivist, dar până la urmă după cum a arătat și Prof. Urechia, a admis un maximum de 10 elemente celulare pe mmc. Pentru Guillaín și Barré simptomele capitale sunt date de disociația albumino-citologică, reacția coloidală cu benzoă pozitivă, originea neurotropă cât și curabilitatea boalei.

Astfel precizate cadrele sindromului în lumina datelor mai noi, Drăgănescu — care în 1925 a propus pentru aceste manifestări clinice numirea de sindrom a lui Guillaín-Barré, sub care de atunci e cunoscut în literatură — cu drept cuvânt cere cu vreo 10 ani mai târziu ca să fie numit boala lui Guillaín-Barré.

Anatomia patologică ale acestor cazuri rareori este cunoscută tocmai prin faptul că boala este curabilă. În rarele cazuri mortale — moartea survenind prin paralizia nervilor bulbari sau vreo cauză intercurrentă — cum sunt ale lui Dechaume, Alajouanine cu colaboratorii, al lui Margulis (deși cazurile ultimilor doi autori au fost contestate de Guillaín și Barré că ar fi identice cu sindromul lor) și al Prof. Urechia, s'au semnalat leziuni numai pe neuronul periferic, mai interesați fiind nervii periferici, mai puțin rădăcinile și foarte discret ganglionii rachidieni sau meningele și numai rareori

semne de cromatoliză în coarnele anterioare ale măduvei. Leziunile constau dintr-o infiltrație limfo-plasmocitară localizată exclusiv la elementele din interiorul învelișului conjunctiv al nervului, lipsind reacția inflamatorie de vecinătate. Această nevrită interstițială acută este discontinuă, nervul prezentând și zone cu aspect normal. Dintre elementele nervului mai alterată este teaca lui Schwann, celulele căreia proliferază și prezintă mai mulți nuclei. Mielina pe alocurea este pe cale de degenerescență. Axonul suferă mai puțin și fără a fi întrerupt sau distrus, poate veni în contact direct cu teaca lui Schwann. În ganglionii rachidieni există o discretă reacție inflamatorie perivasculară cu proliferarea celulelor satelite. În meningele moi se constată un număr discret de limfocite în jurul locului de pătrundere a rădăcinilor. În cazul lui Balduzzi (mort printr-o complicațiune cardiacă) s'a găsit numai o congestie și vasodilatație enormă a capilarelor rădăcinilor și ganglionilor, fiind vorba mai mult de turburări congestive decât inflamatorii.

Aceste leziuni în general reduse, cu predominarea mai mult a procesului congestiv decât inflamator, este încă o semnătură patognomonică a boalei. Prin ea se explică în primul rând curabilitatea chiar în formele clinice cele mai grave. Lipsa extinderii procesului la meninge, explică absența limfocitozelor, iar hiperalbuminoza și xantocromia se pot interpreta prin fenomenele congestive ale spațiului subarahnoidian cu transudat seric.

Având în observația noastră un asemenea caz, cu un aspect clinic foarte impresionant prin participarea nervului pneumogastric, aparținând tipului mesencefalo-spinal, care însă s'a vindecat complet în două luni, am crezut interesant a-l da publicității scoțând în evidență tocmai această caracteristică a curabilității.

P. I. 24 ani, necăsătorit, funcționar, este internat în clinica neuro-psihiatrică în ziua de 24. XI. 1943, pentru o tetraplegie cu turburări de deglutiție și de vorbire.

În familie nu există nicio tară nervoasă, neagă boli infecto-contagioase în copilărie. De asemenea și sifilisul și alcoolismul; blenoragie înainte cu un an vindecată fără complicațiuni.

Boala actuală datează de două săptămâni; a debutat cu amorțeli și furnicături în extremitatea distală a membrilor inferioare, fără febră, fără angină și fără alte turburări. Aceste parestezii au avut o evoluție ascendentă, încât după o săptămână au ajuns deasupra genunchilor, iar după 10 zile până la ombilic. Dela această dată a început să acuze aceleași parestezii și în extremitatea distală a membrilor superioare, ele extinzându-se în câteva zile până la rădăcina lor. După aceasta i-au apărut turburări de deglutiție, lichidele îi recurgitau pe nas, iar alimentele solide se opreau în faringe. Din această cauză timp de 7—8 zile nu s'a putut alimenta de loc. Concomitent i-a slăbit vocea foarte mult, încât numai șoptit putea vorbi, apoi i-a apărut o amorțeală în jumătatea inferioară a feței de ambele părți, însoțită și de alterarea gustului. În câteva rânduri a avut o diplopie de scurtă durată. N'a avut cefalee, rachialgie sau altă durere.

Dela început și paralel cu paresteziile a remarcat slăbirea forței musculare în membrele sale, încât după câteva zile, a fost nevoit să stea la pat, fiindu-i imposibil să se susțină pe picioare, deși mișcări izolate putea executa în pat cu orice segment al membrilor sale, dar fără forță și fără precizie.

Examenul fizic la data de 24 Nov. 1943.

Individ înalt, foarte denutrit, țesutul celulo-adipos complet dispărut, musculatură de asemenea foarte redusă peste tot și cu tonusul scăzut, nu poate sta în picioare, mersul e imposibil. E subfebril (37,2 C. grade).

Din partea organelor interne se constată o tachipnee, cu mișcările respiratorii superficiale, vocea foarte slăbită, abia putând șopti numai cuvintele, fără a fi însă răgușit. Pulsul tachicardic, 140 pe minut destul de bine bătut, tensiunea arterială mx. 12 mm, 8 (V. L.). Limba încărcată, uscată, halena acetone-mică, spumă vâscoasă în fundul faringelui pe care cu greu o poate elimina prin reflexul tusei. Vălul palatin imobil, atârână inert în fundul faringelui. Reflexul faringian foarte diminuat. La încercarea de a se alimenta lichidele îi recurgitează pe nas, iar bolul alimentar solid i se oprește în faringe. Nimic deosebit din partea organelor abdominale, afară de constipație; nu are turburări de micțiune.

Examenul neurologic: nu arată modificări pupilare, reflexul fotomotor și la distanță păstrate. Vederea bună și în special nu prezintă paralizii acomodării. Motilitatea oculară bună, inclusiv convergența, nu se constată diplopie. Prezintă mici oscilațiuni nistagmice în privirea extremă. Reflexele osteo-tendinoase, inclusiv cele mediane sunt abolite toate, de asemenea și cele cutanate. Sensibilitatea obiectivă este alterată global în extremitatea distală a membrilor, prezentând anestezie tactilă cu hipoestezie pronunțată termică și hiperalgezie palmo-plantară, cari se pierd treptat spre jumătatea gambelor, respective a antebrațelor, hipoestezie vibratorie și abolirea simțului articulo-muscular la degetele membrilor. Punctele lui Valleix cât și masele musculare sunt dure-roase la presiune. Semnul lui Lasègue pozitiv bilateral. Subiectiv nu acuză decât parestezii și insomnie.

Mișcările active le execută în amplitudine normală la toate cele patru membre, afară de articulația tibio-tarsiană și ale degetelor picioarelor unde ele sunt mult limitate. Ele se execută fără forță și sunt lipsite de precizie. Proba indicelui și a călcâiului sunt pozitive. Mișcările pasive sunt libere, se constată o hipotonie musculară. Rezistența musculară global scăzută. Forța dinamometrică la dreapta 30 la stânga 30.

Prezintă încă o paralizie facială periferică bilaterală, cu ușoare turburări de sensibilitate în domeniul ramurei a doua și a treia a trigemenului, gustul fiind și el alterat.

La examenul electric se constată o ușoară hipo-excitabilitate fără turburări calitative, contracțiunea ideo-musculară este mai vie.

Puncția suboccipitală arată un lichid clar cu hiperalbuminoză fără reacție celulară, cu reacția Schellack pozitivă, R. Wassermann în lichid și sânge negativă.

În clinică i se administrează injecții cu vitamina B și C, stricnină în doză crescândă, salicilat de sodiu și urotropină, tablete tetrofan și tratament electric. Evoluția a fost foarte favorabilă, ameliorarea începând deja după trei zile și având un caracter descendent, privind în primul rând turburările cari au apărut cele din urmă. Așa după 5 zile deglutiția devine normală, paralizii faciale se ameliorează mult și dispăre complet anestezia trigeminală. După 3 săptămâni reapar reflexele abdominale, scade zona turburărilor de sensibilitate. Persistă încă tachicardia, reflexul oculo-cardiac fiind 110—90. După 25 de zile face o congestie

pulmonară dreaptă gravă, care la un moment dat îi periclitează chiar viața. Totuși după vindecarea congestiei — deși foarte slăbit, — se constată reapariția reflexelor rotuliene, dispariția ataxiei și a turburărilor de sensibilitate obiectivă. După o lună jumătate, bolnavul începe să se plimbe prin salon, reflexele achilian și medio-plantar au revenit, prezentând încă o ușoară tachicardie (puls 100 pe minut) și mici ascensiuni febrile vesperale până la 37,2—37,3. Un examen radiologic pune în evidență o Tbc. pulmonară fibroasă, care explică aceasta subfebrilitate. În 15. II. 1944 părăsește clinica complet vindecat de afecțiunea sa nervoasă, cu indicația de a se interna într'un sanator.

LUCRARE DIN CLINICA NEURO-PSICHIATRICĂ

Director: Prof. Dr. C. I. Urechia

RESUMÉ

La maladie de Guillain-Barré

En liaison avec un cas de maladie de Guillain-Barré on fait quelques considerations cliniques, etiology et pathogeniques sur cette maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Krankheit Guillain-Barré in Verbindung mit einem klinischen Fall

In Verbindung mit diesem Fall wird eine Reihe von ätiologischen, pathogenetischen und klinischen Bemerkungen gebracht

Considerațiuni asupra meningitei pneumocice post-traumatice

de

Prof. Dr. I. Gavrilă, Dr. V. Gavrilă și Drd. Miclăuș

Meningita survenită după un traumatism cranian este extrem de rară și în același timp este de o gravitate excepțională, de aceea ne permitem de a relata observația noastră din această categorie.

Observațiune. Bolnavul M. V. de 29 de ani este adus în clinica noastră în 28 Iunie 1943, în stare de inconștiență.

În antecedentele heredo-colaterale și personale nu prezintă nimic deosebit. În istoricul boalei actuale găsim că în ziua de 25 Iunie 1943, bolnavul a suferit un traumatism cranian în următoarele împrejurări: lucrând la tăiatul lemnului în pădure a fost lovit puternic în regiunea occipitală de un trunchi de brad. Bolnavul cade la pământ, își pierde cunoștința și nu-și revine decât după 4 zile dela accident. Starea generală a fost permanent foarte gravă, dela data accidentului, ceea ce a făcut pe aparținători, să nu-l aducă la spital decât după 3 zile dela traumatism, așteptând sfârșitul letal în orice clipă.

La internarea în clinică bolnavul este complet inconștient. Nu răspunde la nicio întrebare, nici la excitații mai puternice.

Temperatura este 38°,5, pulsul 80 pe minut și bine bătut.

La examenul local în regiunea occipitală se observă o contuzie cu echimoze.

Bolnavul prezenta însă simptome foarte accentuate de meningită. Avea o rigiditate a cefei extrem de pronunțată cu hiperextensia capului, ușor opistotonus, prezența fenomenelor lui Kerning și Brudzinski era foarte exprimată, un început de herpes labial, care după aceea a devenit un herpes gigant pe ambele buze și pe regiunea mentonieră, greață, vărsături. Atitudinea de predilecție a bolnavului era în „cocoș de pușcă”.

Se face imediat o puncție lombară și se obține un lichid cefalo-rachidian sanghinolent și tulbure. La o puncție executată a doua zi lichidul cefalo-rachidian era ușor sanghinolent și extrem de purulent, ca dintr'un abces și de o vâscozitate neobișnuit de mare.

La examenul direct în frotiu pe lamă s'a constatat o masă de leucocite și numeroși diplococi. Examenul bacteriologic obținut în zilele următoare dela Institutul de igienă, a arătat că este vorba

de niște diplococi gram pozitivi și pe mediile de cultură au crescut pneumococi.

În fața acestui tablou clinic stabilim diagnosticul de fractură bazei craniului servită în urma unui traumatism, complicată cu o meningită acută purulentă cerebro-spinală, probabil cu meningococi și aplicăm tratamentul în consecință: pentru fractura bazei craniului se indică repaus absolut, pungă cu gheață pe cap, deci tratament conservativ.

Pe primul plan la cazul de față se impune meningita acută, pentru care aplicăm sulfamide în doze potrivite, adăugând seroterapia anti-meningococică polivalentă. Se dau în primele 5 zile, 6 gr. sulfamide albe (Cibazol) pe zi, jumătate sub formă de injecții intramusculare, jumătate pe cale bucală. Concomitent se administrează câte 100 cc. ser antimeningococic intramuscular.

Sub influența acestui tratament deja după o zi bolnavul începe a-și reveni, vorbește puțin, pentru ca după 48 ore să-și revină complet.

După 3 zile temperatura scade în mod litic dela 38°,5, la cât s'a menținut în tot acest timp, la mici subfebrilități de 37°1—37°2, care se mențin apoi încă vreo zece zile.

După cinci zile tratamentul se continuă numai cu Cibazol, timp de încă două zile câte 4 gr. pe zi, injecții și pe cale bucală, apoi numai pe cale bucală 3 gr. timp de 2 zile, apoi 2 gr. pe zi încă timp de 5 zile. În total bolnavul a primit 54 gr. sulfamide.

În mod progresiv toate simptomele de meningită au regresat precum și cele datorite traumatismului cranian. Între timp bolnavul face și boala serului, care a trecut după 3 zile.

După 17 zile de internare în clinică pleacă acasă în convalescență înafară de orice pericol.

În rezumat în cazul de față avem de a face cu un bolnav care în urma unui traumatism, probabil face o fisură la nivelul bazei craniului cu stare de inconștiență, care se complică apoi cu o meningită acută purulentă cu diplococi, care la prima examinare îl bântuie de a fi meningococi. Se aplică un tratament

energic cu sulfamide albe în injecții și pe cale bucală, asociate cu ser antimeningococic intramuscular, în urma cărui revine repede din starea de înconștiență și în timp de 17 zile este aproape vindecat, părăsind serviciul. I se recomandă acasă un repaus de convalescență de 3 săptămâni.

Prin intermediul examenului bacteriologic (pe medii de cultură) de la Institutul de Igienă, se constată că în lichidul cefalo-rachidian s'au găsit pneumococi, deci în realitate era vorba de o meningită acută purulentă pneumococică.

În ceea ce privește rezultatul terapeutic bun obținut așa de prompt în urma tratamentului aplicat în cazul nostru, credem că el se datorește în primul rând eficacității sulfamidelor albe aplicate, care după cum se știe astăzi au un efect terapeutic excelent, atât asupra pneumococilor, cât și asupra meningococilor. Este foarte posibil că și serul antimeningococic aplicat să fi favorizat vindecarea, nu în sensul unei acțiuni specifice, ci în sensul unei proteino-terapii nespecifice, acțiune de excitare, de stimulare a forțelor de apărare ale organismului împotriva agenților infecțioși.

Diagnosticul de fractură a bazelor craniului în cazul nostru îl facem după simptomele de presiune intracerebrală, cu pierderea cunoștinței, stare de comă de câteva zile după traumatism, agitație la început. Acest diagnostic este confirmat apoi prin puncția lombară, care arată un lichid cefalo-rachidian sanghinolent, care ulterior a devenit purulent.

În ceea ce privește modul de producere al meningitei pneumococice în cazul de față, sunt o serie de probleme de discutat. Meningita pneumococică mai desori se produce în cadrul unei septicemii cu pneumococi sau în cazul unei localizări organice a pneumococilor în special pe plămâni, în cursul pneumoniilor sau broncho-pneumoniilor.

Meningitele pneumococice produse după un traumatism cranian sunt extrem de rare și modul de producere ar putea fi următorul: sub influența traumatismului cranian puterea de apărare a organismului față de agenții infecțioși scade și pneumococii saprofizi din sinusurile paranasale cu această ocazie își accentuează virulența și infecția se propagă la meninge prin fisura existentă la nivelul bazelor craniului.

Considerațiuni generale. Lerliche și Lecene spuneau că gravitatea meningitelor posttraumatice este extremă și afecțiunea era considerată atât de gravă, încât tratamentul se reducea la o puncție lombară pentru a controla diagnosticul, lăsându-se apoi evoluția spre sfârșitul inevitabil, iar Urech declară că meningitele posttraumatice practic totdeauna sunt mortale. Dandy luând în considerare virulența agentului patogen, declară că în meningitele pneumococice mortalitatea este de 100%.

Un traumatism la nivelul craniului poate provoca: 1. fracturi ale boltii, 2. fracturi ale bazelor propagate de la boltă, sau 3. fracturi proprii ale bazelor. (Pollizet).

Oasele cartilagineoase ale bazelor vor fi interesate ușor la acțiunea loviturii. În părțile centrale și anterioare ale bazelor craniului, oasele sunt foarte subțiri și mărginesc sinusurile paranasale. Aici sunt punctele slabe ale bazelor (Dandy). Multe fisuri care pornesc de la boltă trec prin acești pereți subțiri. Când liniile de fractură încrucișează sinusurile paranasale sau celulele mastoidiene este un mare pericol pentru complicații. Acest pericol este mărit prin faptul că rezervoarele lichidului cefalo-rachidian sunt deschise, iar lichidul curge prin fisuri. Aceste fisuri se pot închide prin țesut, dar dacă persistă mai mult și din nenorocire sinusul în momentul traumatismului este infectat, sau se infectează ulterior, infecția se propagă mai departe și ca urmare dă meningita. Infecția se mai poate propaga și prin antrenarea microbilor în interiorul cutiei craniene, odată cu reducerea prolapsului de țesut cerebral care a astupat o fistulă, (Guleke).

Simptomele unei fracturi a bazelor craniului sunt: 1. scurgere de sânge prin urechi, nas, gură; 2. rinoree; 3. constatarea liniilor de fractură în radiografii, sau 4. per exclusiune, când persistă coma și nu este nicio fractură a boltii craniene. Sunt importante semnele clinice și puncția lombară. Câte odată bolnavul moare fără să fi putut observa radiologic o fractură a bazelor (Dandy). Fiecare caz trebuie observat individual.

Dacă moartea nu a survenit în 48 de ore de la traumatism, din cauza fracturei grave a bazelor, și apoi declarată fiind o meningită, după O. Voss, numai 8-10% rămân în viață. În statistica lui Bruner și Schönbauer mortalitatea în fractura bazelor craniului este de 52,9%. După Iacobovici și Murășanu din 142 de cazuri, 63 au fost mortale. După Blanchetti mortalitatea este de 50%, iar după Davis 66%. Vance a găsit la 512 autopsii 48 de cazuri de meningită purulentă, dintre care 18 au fost condiționate de o otită și mastoidită posttraumatică. Când există numai o fisură la nivelul bazelor craniului, iar infecțiunea nu se produce, mortalitatea este relativ mică și bolnavul se vindecă destul de repede în bune condiții.

Infecțiunea creierului sau meningelui, după traumatism survine când există o fractură osoasă și o rănire a meningelui. Simptomele apar la 18 ore sau cel mai târziu 36 ore după rănire. Când bolnavul este comatos, începutul unei meningite este foarte greu de constatat, fiindcă temperatura înalță, pulsul și respirația deranjată se pot instala de la început. Dacă bolnavul este conștient, după ascensiunea febrei și o ușoară rigiditate a cefii, diagnosticul îl facem ușor.

Agenții provocatori principali ai meningitelor cerebro-spinale sunt: Meningococul, pneumococul, streptococul

hemolitic, stafilococul aureu și alb, streptococul viridans. Mai pot fi: bacilul influenței, colii, tifoid, paratifici precum și gonococi. Se propagă direct în cazurile fracturilor deschise ale cutiei craniene și în cazurile de fractură ale bazel craniului prin lipsă de discontinuitate la nivelul sinusurilor paranasale, sau pe cale hematogenă dela un focar infecțios din orice parte a corpului: sinusurile paranasale, celulele mastoidiene, osteomielita cutiei craniene, operații pe creier sau în altă parte, corpi străini infectați, etc. De sigur propagarea infecției mai este favorizată și de slaba rezistență a organismului în urma șocului traumatic (Payr). Un traumatism accidental sau operator poate fi cauza prin acela că o infecțiune locală se poate propaga repede prin curentul sângelui în creier unde se manifestă. O meningită poate apare chiar și în viața intra-uterină, tot pe cale hematogenă (Dandy).

La unele forme de meningită cu stafilococul auriu și streptococul viridans și hemolitic, lichidul cefalo-rahidian este foarte tulbure, însă nu purulent, virulența lor fiind diminuată de meninge.

Bacteriile mai virulente dau un lichid cefalo-rahidian purulent și manifestarea suferinței creierului se traduce prin paralizii mușchilor oculari, surditate, orbire, etc. O meningită pneumococică este caracterizată totdeauna printr'un lichid cefalo-rahidian foarte purulent. Câteodată devine vâscos în decurs de 2—3 zile, încât la o puncție lombară nu mai poate curge prin ac. Pneumococul în virulența lui mare dă reacțiuni puternice și prinde foarte repede întreg creierul, iar la examenul isto-patologic s'a constatat chiar o degenerescență granuloasă.

Globus și Kasanin publică în 1928 un caz de meningită pneumococică cu un pneumococ tip IV. Tot ca o formă gravă o consideră și Schlesinger și Syngé, însă acestea n'au apărut în urma unui traumatism. În 1933 Müller publică un caz de meningită pneumococică post-traumatică survenită în urma unui traumatism în regiunea frontală prin fisura lamei orizontale a etmoidului (Presse Medicale, 1933 Martie).

Tabloul clinic în aceste cazuri este complex. La simptomele fracturii bazel craniului se adaugă cele de meningită acută, iar acestora simptomele datorite virulenței agentului patogen, pneumococul fiind cel mai virulent.

Înainte de a se instala meningita, 12—48 ore, predomină simptomele acute intracraniene: *pierderea cunoștinței* odată cu traumatismul și revenirea ei după câteva secunde, minute, ore sau chiar săptămâni. *Agitația* este precursorul comei. Uneori sunt neliniștiți câteva ore, alteori câteva minute, alteori nu se instalează deloc. *Incontinența de urină și fecale* arată gravitatea comei. *Pulsul, respirația și temperatura* sunt foarte importante. Curba pulsului, respirației și temperaturii ne arată gradul presiunii intracraniene. În pre-

siunea intracraniană compensată, pulsul este bradicardic și plin, în decompensare este tachicardic, filiform și moale. Respirația Cheyne—Stokes arată un prognostic grav. Temperatura este cel mai sensibil indicator. O temperatură peste 39° arată un prognostic grav. Ridicarea temperaturii nu se datorește numai presiunii intracerebrale și trebuie să avem totdeauna posibilitatea unei infecții post-traumatice. În infecții temperatura se instalează de obicei după 36—48 ore, după traumatism, rar înainte de 18—24 ore. *Staza papilară* survine după 24—48 ore.

Pe lângă aceste semne generale survin și semnele leziunilor locale ale creierului manifestate prin: hemiplegie, hemianestezie, contracturi, orbire, leziunea nervilor cranieni, etc.

Dacă infecția se produce neputând fi impledecată, semnele meningitei acute apar: rigiditatea cefei, Kernig, Brudzinsky pozitive etc. și totodată semnele toxemiei produse de agentul cauzator.

Prognosticul în aceste cazuri este grav. Natura cavității cerebro-spinale ajută ca bacteriile să se propage în toate părțile. De aci vine greutatea în tratament mai ales cel chirurgical și marea mortalitate. Prognosticul mai depinde și de specia microbiană. Unele specii mai puțin virulente rămân pe meninge, altele pătrund în substanța cerebrală dând abcese.

În timpul din urmă cunoscându-se virulența diferitelor specii bacteriene care pot da naștere meningitei, prin numeroasele cercetări bacteriologice, iar în cazul când putem pune în evidență în lichidul cefalo-rahidian aceste bacterii, ne putem pronunța asupra prognosticului bolii, însă aceste lămuriri sunt în cea mai mare parte numai ca „post hoc” și nici decum ca „propter hoc”. În cazul nostru de meningită pneumococică post-traumatică, pe lângă virulența mare a pneumococului, care după Dandy dă o mortalitate de 100%, trebuie să avem în vedere și fractura bazel craniului cu întreg cortegiul de simptome grave, așa, că din punct de vedere al prognosticului trebuie să fim foarte rezervați.

De sigur că în ce privește fractura bazel craniului există cazuri caracterizate numai prin mici fisuri la nivelul oaselor din această regiune, care se vindecă în condițiuni destul de bune numai prin tratament conservativ, ceea ce nu constituie ceva deosebit. Însă în cazul nostru pe lângă această formă ușoară de fractură s'a atașat o meningită acută purulentă pneumococică, care până astăzi de toți autorii era considerată extrem de gravă, aproape totdeauna mortală. Vindecarea în cazul nostru credem că este datorită în primul rând sulfamidelor albe aplicate, care dau rezultate excelente în toate infecțiunile diplococice, în special cu pneumococ și meningococ. Deci se pare că sulfamidoterapia a modificat foarte mult în bine și prognosticul meningitelor acute post-traumatice.

HEPAGEN

Extract de ficat injectabil

Pentru tratamentul anemiilor în general

POSOLOGIE: 1—2 fiole zilnic intramuscular
sau subcutanat.

În cazuri grave se pot face
4—5 fiole odată la interval
de 2—3 zile.

PREZENTARE: Cutii à 10 fiole à 2 cc.

Cooperativa
„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu“
București, Calea Griviței 67 — Telefon 4.98.08

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export,
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



Dodonal



Înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0.3 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Ca localizare, în urma numeroaselor autopsii și examinării anatomo-patologice, Charl, Mönckeberg, Bárány, Burckhardt, Capelle, Finkelnburg și alții, au găsit că meningita purulentă post-traumatică își are originea în 78% din cazuri la baza creierului și numai de aici se propagă la nivelul convexității, prinzând treptat întreg creierul. Ernst găsește din 26 cazuri de meningită purulentă, 23 care cuprind amândouă emisferele cerebrale și numai trei sunt situate de o singură parte.

Tratamentul în meningitele post-traumatice este de două feluri, chirurgical și medical.

În ceea ce privește conduita terapeutică chirurgicală Cushing și Good sunt de părere să amâne intervenția în cazuri de meningită declarată până ce focarul infecțios s'a liniștit prin tratament potrivit. Acest tratament este anti-infecțios și constă în administrarea sulfamidelor albe, atât sub formă de injecțiuni intra-musculare, cât și pe cale bucală. În cazuri de meningite acute declarate vom administra aproximativ 6 gr. sulfamide pe zi, continuând cu această doză până ce starea bolnavului se ameliorează (4—5 zile). Cu ameliorarea stării bolnavului dozele pot fi mai reduse, eventual numai pe cale bucală timp de încă 7—8 zile. La sulfamido-terapie vom atașa și sero-terapia specifică respectivă, în cazul când identificarea microbului în cauză s'a făcut cu destulă urgență, aproximativ 100 cc. ser intra-muscular pe zi, trei până în patru zile de-a rândul.

Se va trata apoi starea generală a bolnavului cu medicația simptomatică obișnuită.

În mod preventiv la orice fractură a bazel craniului se poate da sulfamide, pentru înlăturarea infecțiilor intra-craniene ulterioare.

Această terapeutică simplă trebuie încercată totdeauna înainte de a ne decide la o intervenție chirurgicală.

RESUMÉ

Considérations sur la méningite pneumococcique post-traumatique

Les auteurs décrivent un cas très rare de méningite cérébro-spinale purulente avec des pneumocoques, survenue d'après un traumatisme crânien (fracture de la base crânienne). Le malade a guéri avec un traitement chirurgical conservatif et sulfamidothérapie (sulfathiazol). En liaison avec ce cas on fait quelques considérations sur cette maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Zur posttraumatischen Pneumokokken-meningitis

Die Verfasser beschreiben einen Fall von eitriger Pneumokokkenmeningitis welche nach einem Schädeltrauma (Schädelbasisfraktur), bei einem 30 jährigen Manne auftrat. Der Fall heilte nach konservativen Wundbehandlung und Sulfamidtherapie (Sulfathiazol).

Notă complimentară la articolul „Cercetări asupra circulației hipofizei” (apărut în Mișcarea Medicală Română Nr. 7—8 1943, p. 407—410)

de

Prof. Dr. V. Papilian și Dr. I. G. Russu

Într-o serie de cercetări făcute asupra circulației hipofizei la câine și om, am ajuns la următoarele concluzii:

1. Sistemul port „Ratner-Popa-Felding” este o realitate anatomică;

2. Lobul posterior de care este anexat și lobul intermediar, are o circulație independentă de cea a lobului anterior;

3. Există un sistem port deservind lobul posterior, cu următoarea dispoziție: a) artera lobului posterior ce pleacă din carotida internă și pătrunde în lob pe partea posterioară a lui, mergând pe fața inferioară a cortului hipofizar; b) un sistem capilar în lobul posterior; c) trunchiurile vasculare (vânoase) în tulpina hipofizară; d) al doilea sistem capilar în tuber cinereum și în pereții ventriculului al 3-lea. Circulația are deci direcția hipofizo-talamică.

4. Lobul anterior posedă o circulație de tip obișnuit, arterele având originea în vasele meningeale,

pătrund în lobul anterior prin marginea sa anterioară, iar vinele se îndreaptă în sistemul vânos al bazel (vine meningeo-sinus cavernos).

Din literatura pe care am avut-o la dispoziție la data lucrării, nu am găsit niciun autor care să fi ajuns la rezultate similare. În timpul din urmă însă putându-ne procura tratatul: W. Möllendorff. Handbuch der mikr. Anat. des Menschen. Am găsit în literatura citată de Romels la capitolul „vascularizației hipofizare” (Bd. VI. 1940) că Basir (1937), prin cercetările sale a aflat și el o deosebire de circulație între lobul anterior și posterior și că lobul posterior ar fi prevăzut cu un sistem port. Cum nu avem la îndemână lucrarea originală a lui Basir, nu putem ști până la ce punct rezultatele noastre se suprapun cercetărilor sale.

Ne facem o datorie de a arăta prioritatea cercetărilor lui Basir în sensul cercetărilor noastre.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 24 Februarie 1944

Prezidează: d-l Prof. Dr. M. STURZA

Conf. Dr. V. Cimoca și Dr. Gh. Păcurariu: Sifilisul frambeziform în legătură cu un caz clinic.

Sifilisul este o boală constituțională, care se manifestă sub aspectele morfologice cele mai capricioase. Manifestațiunile cutanate sunt supuse la modificările cele mai variate, modificări care sunt în funcție de diferiți factori. Între aceștia figurează în prima linie localizarea.

Cazul prezentat, un bărbat în etate de 41 ani, lucrător de pădure, văduv, înainte cu 1½ an a avut un sifilom gigantic pe dosul penisului în apropierea unghiului penopubian. Acum, în afară de leziunile papuloase diseminate pe abdomen și spate și leziunile hipertrofice localizate pe gland, bolnavul prezintă, leziuni papuloase hipertrofice, cu toate caracterele specifice, unele izolate, altele confluențe cu suprafața având un aspect muriform, unele acoperite cu cruste. Leziunile au o areolă hiperpigmentată foarte caracteristică. De remarcat o alopecie specifică.

Se subliniază importanța faptului, că ori de câte ori avem în fața noastră un tablou atipic să ne gândim și la sifilis, când diagnosticul se va pune mai ușor, mai precis și mai repede. Această regulă generală ne privează de treceri cu vederea și prin aceasta facem și o operă de profilaxie antisifilitică.

Conf. Dr. V. Cimoca: Contribuțiuni la studiul terapeutic al nevilor pigmentari.

Problema terapeutică a nevilor pigmentari este o problemă foarte spinoasă și susceptibilă la discuțiuni interminabile. Autorul comunică 5 observațiuni foarte instructive, în mare parte dela Institutul de Cancer de sub conducerea Profesorului Pop, prin care arată că terapeutică electivă a nevilor pigmentari este diatermo-coagularea, procedeu susținut de școala lui Darier, Ravaut, Ferrand și alții.

Această comunicare va fi publicată și sub formă de lucrare mai pe larg.

Dr. I. Macavei: Hepatita sclero-gomoasă.

Cazul pe care am onoarea să-l prezint în fața societății, este al unei bolnave de 34 ani, căsătorită, casnică. În antecedentele ei personale reținem un avort spontan în luna III-a, acum 7 ani. Restul fără importanță. Se prezintă la consultațiile Clinicei noastre pentru o serie de tulburări dispeptice, care datează de 7 luni, debutând brusc cu dureri în regiunea epigastrică, grețuri, vărsături-frisoane și temperatură în urma ingerării de salam de vară. După amendarea acestor fenomene, „care au durat o săptămână”, bolnava se simte slăbită, obosită, inapetentă, iar după alimente mai consistente acuză ușoare dureri epigastrice și mai ales balonări și o senzație de greutate în etajul abdominal superior. Bolnava nu acordă nicio însemnătate acestor simptome până în Octombrie 1934, când se produce o exacerbare a lor, observând și apariția unei tumefacțiuni în ipocondrul drept și epigastriu. În acest timp a avut și o perioadă febrilă de câteva săptămâni. După un regim potrivit se simte ceva mai bine, până înainte cu o săptămână când revenindu-i durerile epigastrice se prezintă la consultațiile Clinicei noastre, fiind reținută în serviciu.

La examenul obiectiv ne găsim în fața unei bolnave de constituție robustă, bine dezvoltată, cu țesutul celulo-adipos și muscular păstrate, tegumentele de culoare normală, sistemul osos și ganglionar intacte. Nu găsim nicio modificare patologică din partea aparatului cardio-vascular, pulmonar și renal. La inspecția abdo-

menului constatăm o bombare a regiunii epigastrice și ipocondrului drept, datorită unei rezistențe ce se palpează la acest nivel, rezistență care aparține ficatului, mult mărit, mai ales lobul stâng, cu suprafața neregulată, datorită unor nodozități de diferite mărimi. Splina mărită depășește cu puțin rebordul costal. Stomacul și duodenul sunt normale din punct de vedere radiologic. Aciditățile prezente. Bolnava prezintă o ușoară anemie: 3 800.000, leucocitoză 5800; în tabloul sanguin o monocitoză de 12%, eozinofile și bazofile 3%. Reacția Cassoni și Wainberg-Părvu negative, reacția Takata-Ara slab pozitivă, urobilinogen negativ, viteza de sedimentare 120 în 2 ore. Reacțiile B. W. Sachs-Witebski pozitive.

Având toate aceste elemente, nu am întâmpinat nicio greutate în stabilirea diagnosticului de *Hepatită sclero-gomoasă* (tofe ficel).

Cazurile de sifilis visceral nu sunt prea rare în clinică. Dela 40 ani în sus orice organopatie care nu-și trădează etiologia trebuie suspectată de sifilis (Prof. Hațieganu).

Complicațiile hepatice pe care le întâlnim mai des în clinică, în afară de cele ale sifilisului congenital observate mai ales de pediatri sunt icterele sifilitice, hepatite sifilitice cu sau fără icter, formele cholangitice-cholecistitice, care apar în perioada secundară sau la începutul perioadei terțiare și cirozele sifilitice, hepatitele sclero-gomoase sau gomoase în perioada terțiară.

În monografia sa asupra sifilisului visceral, Prof. Hațieganu din 20 cazuri de ciroze găsește în 15 R. B. W. pozitivă, iar între anii 1920—23 observă 21 cazuri de hepatită sclero-gomoasă, în 1923 opt cazuri, deci în patru ani 29 cazuri. De când funcționăm în Sibiu, în doi ani și jumătate, noi am observat în clinica noastră două asemenea cazuri, unul la un bărbat da 55 ani — care a sucombat la trei zile după internare cu fenomene de insuficiență hepatică — dg. fiind de adeno-cc. al ficatului, numai la autopsie constatându-se un ficat legat, — iar al doilea cazul de față.

Raritatea acestor cazuri în ultimul timp și disproporția mare față de procentul amintit — noi credem că pot fi atribuite faptului că astăzi sifilisul este tratat de sigur cu mai mare atenție și mai perseverent ca înainte, cazurile descrise de Prof. Hațieganu fiind observate după perioada trecutului războiu mondial, răstimp în care de sigur că tratamentul a lăsat mult de dorit.

Privit sub acest unghiul cazul nostru, de hepatită sclero-gomoasă la o bolnavă de 34 ani, ne apare ca o observațiune rară astăzi, care merită să fie cunoscută.

Înainte de-a încheia aș dori să amintesc efectul bun al tratamentului mercurial în cazurile de sifilis hepatic, indiferent de forma anatomo-clinică.

Am avut ocazia să observăm în ultimul timp în clinică variate forme de luesuri hepatice. Astfel un caz de icter paraterapeutic datorit de sigur unei hepatorecidive, unde timp de trei luni nu s'a obținut niciun rezultat cu toate tratamentele încercate. Alt caz de hepatită cu icter, lues vechi arseno-rezistent, evoluiază de opt săptămâni, dela început ficatul persista mărit, icterul ceda foarte încet, diureza 800—1000. În ambele cazuri inaugurarea tratamentului cu cianură de Hg. în doza de 1 ctgr. zilnic a avut darul să ne surprindă prin promptitudinea cu care s'a instalat diureza, a cedat icterul, ficatul reducându-se de volum, până la revenirea lui în limite normale. Într'un alt caz pe care l-am putea încadra în forma izolată de Prof. Hațieganu, reticulo-endotelită sifilitică, ficat mare, splină mare, ascită, edeme, leziune mitrală și aortică, am încercat toate tratamentele cardiotonice fără să reușim să influențăm fenomenele de insuficiență circulatorie, nici volumul ficatului. Au fost de ajuns câteva injecții cu cianură de Hg. ca să asistăm la retrocedarea fenomenelor amintite și bolnava să poată părăsi patul.



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINOENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septic
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

Același lucru se petrece și în cazul prezentat astăzi, unde față de volumul inițial — după un tratament de două săptămâni — ficatul s'a redus foarte mult.

Din motivele expuse și datorită considerațiilor scurte pe care ni le-a permis să le facem, credem că prezentarea acestui caz în fața societății nu a fost inutilă.

Dr. Dragomir L.-Dr. Duma D.: Un caz de paramioclonus multiplex al lui Friedreich (cu prezentare de bolnav).

Paramioclonusul multiplex a fost descris de Friedreich în 1881. Afecțiunea este foarte rară și se caracterizează prin contracțiuni brusce, foarte rapide asemănătoare cu cele obținute prin excitație electrică. Ele interesează mușchii membrelor, ai trunchiului, fața fiind de loc sau foarte puțin interesată. Aceste secuse se repetă destul de des dela câteva până la 60—100 pe minut, nu sunt ritmice nici egale ca amplitudine și nu interesează în mod obligatoriu mușchii simetrici.

Cazul pe care-l prezentăm face parte din acest sindrom. Este vorba de un bolnav de 15 ani, cu antecedente heredo-colaterale negative. Antecedente personale sunt însă foarte bogate. S'a născut la termen, nașterea însă a fost foarte grea și a durat 48 de ore fiind foarte desvoltat, după cum afirmă mama sa, cântărind la naștere 5½ kgr. — La 7 luni suferă un mic traumatism căzând la pământ în cap de pe pat. La 8 luni, suferă de o gastroenterită foarte gravă, la 1½ ani era să se înnece într'un râu în care făcea baie și abia a putut să fie salvat; la 3 ani jumătate face un pojar care după afirmația mamei (pe care trebuie să o primim cu oarecare rezervă) s'a repetat la 6 ani, făcând o formă și mai gravă cu deliruri și somnolență. La 4 ani suferă un șoc emotiv, producând un început de incendiu în casă unde a fost lăsat singur de părinți. La vârsta de 5, la 8 și la 12 ani suferă după cum afirmă mama sa de pneumonie, în deosebi ultima fiind mai gravă. La 13 ani este operat de apendicită, la 14 ani i s'au extirpat amigdalele și polipii nasali.

Boala actuală datează dela vârsta de 7 ani, adică după un an dela boala aceea febrilă, caracterizată prin deliruri și somnolență și care nu poate fi altceva decât o encefalită (sporadică?). Bolnavul a remarcat la școală că-i apar în membrul superior drept mici contracțiuni neregulate care-i turbură scrisul. Treptat apoi asemenea contracțiuni au apărut și în celelalte grupe musculare, interesând cu deosebire mușchii trunchiului, încât după 3 ani boala a ajuns la stadiul actual. Tot în vârsta școlară mama bolnavului, a remarcat o deformare a coloanei vertebrale pe când atitudinea de rotație spre stânga a capului datează după afirmația mamei din perioada de sugăciune. Bolnavul a terminat școala și în prezent este ucenic tapițer; a putut să-și îndeplinească îndatoririle, cu toate acestea maestrul său ca să-l perfecționeze în meserie uza de mijloace mai contondente și îl bătea peste cap din care cauză a devenit mai fricos, a început să-l doară capul, iar miocloniile s'au accentuat, ceea ce îl face să se interneze în clinică.

La examenul neurologic înafară de scolioza dorsală și rotația capului spre stânga, găsim numai că reflexele osteo-tendinoase se produc viu; în rest examenul fizic nu arată nimic deosebit decât aceste mioclonii care interesează cu deosebire toracele și mușchii abdominali mai puțin gâtul și membrele și de loc fața. Ele au caracterele amintite deja mai înainte.

În rezumat e vorba de un bolnav care a avut o naștere dificilă și care a trecut peste o serie de emoțiuni mai mult sau mai puțin intense și care a mai suferit în cinci rânduri de boli febrile dintre cari cu siguranță cea dela vârsta de 6 ani, a prezentat caractere de encefalită. Că ce anume rol a avut în cazul de față factorul emotiv este foarte discutabil. Noi credem că encefalita dela vârsta de 6 ani, trebuie pusă în cauză a cărei afinitate pentru sistemul extra-piramidal este bine cunoscut, cu atât mai mult că și manifestările bolnavului au apărut după un an,

deci în limita timpului obișnuit al apariției manifestărilor post-encefalitice.

Ce privește tratamentul boala este incurabilă, iar vindecările semnalate discutabile. Se pot aplica diferite calmante sau sedative ale sistemului nervos (brom, calciu, luminal) fără a obține mare lucru. Noi am încercat să administrăm atropina, — care în unele forme de parkinsonism post-encefalitic dă rezultate multumitoare — și am rămas impresionați de ameliorarea survenită, încât pentru demonstrarea cazului în fața dv. am fost nevoiți a suspenda acest tratament. Acest fapt încă vine în sprijinul originei extrapiramidale a miocloniilor ce prezintă.

Dr. Duma Desideriu: Epilepsie după rușeolă la un bolnav cu cardiopatie congenitală.

O complicație nervoasă rară a rușeolei este epilepsia; ea de altfel poate surveni după orice boală infecto-contagioasă, și în special după scarlatină, rușeolă, tuse convulsivă, etc. etc.

Pentru o astfel de complicație s'a prezentat la clinica neuropsihiatrică tânărul B. Ioan în vârstă de 21 ani, în ale cărui antecedente heredo-colaterale nu se găsește nicio tară nervoasă.

A fost născut la termen în condițiuni normale. La 2 ani a suferit de o boală febrilă nedeterminabilă, iar la 15 ani a fost operat de hernie inghinoscrotală dreaptă. Neagă bolile venerice, nu este alcoolic. Este de remarcat că din copilărie și până în pubertate a suferit de enureză nocturnă, dar dela vârsta de 15 ani această enureză a dispărut spontan. Altfel a fost bine desvoltat putând face față fără niciun neajuns eforturilor școlărității și a vârstei pubere. La 16 ani voind a se angaja ca muncitor la un arsenal a fost respins pe motivul că ar avea o boală de inimă de care bolnavul nu avea nicio cunoștință, intru cât nu-i producea niciun deranj. Tot pe acest motiv a fost reformat ulterior dela serviciul militar.

Boala actuală i-a apărut în legătură cu o rușeolă de care a suferit la vârsta de 18 ani, făcând o formă gravă cu temperatură de peste 40 de grade și cu deliruri. Pe când era în convalescență și a început să părăsească camera, la un moment dat i-a apărut o senzație de gol în epigastru și de constricție în cap, însoțită de o amețală, care a durat câteva secunde, dispărând pe urmă și revenindu-și complet. Bolnavul nu a căzut, nici nu și-a pierdut cunoștința, dar nu și-a putut da perfect seama de cele întâmplate în cursul acestui acces. În zilele următoare iarăși a prezentat asemenea accese, care apoi timp de 3 ani s'au succedat ritmic în fiecare lună, timp de câteva zile totdeauna cu aceleași caractere. În Iulie 1943, accesul s'a agravat bolnavul și-a pierdut cunoștința și a prezentat convulsii tonico-clonice tipice de epilepsie cu o durată de câteva minute și urmată de amnezie completă. După vreo două săptămâni repetându-se aceste accese mari s'a prezentat la clinică.

Starea prezentă: Bolnavul este destul de bine nutrit, cu tegumentele normal colorate și în special nu prezintă cianoză și nici edeme, nici degete hipocratice. În regiunea sacrată se constată un oarecare grad de pilozitate, iar examenul radiologic arată la acest nivel o spină bifidă deschisă a primei vertebre sacrate. Aparatul respirator nu prezintă nimic deosebit de asemenea nici aparatul digestiv și uro-genital. La cord prezintă o malformațiune congenitală (boala lui Botal) în stare de perfectă compensație, nu prezintă dispnee la efort. Tensiunea arterială maximă 13 mm. 6. Pulsul 86 ritmic, regulat, bine bătut. Nu se constată modificări oculo-pupulare, reflexele osteo-tendinoase și cutanate sunt normale. De asemenea și restul examenului neurologic este complet negativ.

În timpul cât a fost ospitalizat în clinică, a prezentat 3 accese mici adică așa zisele absențe epileptice cu următoarele caractere: bolnavul devenea palid, cu privirea fixă, nu răspundea la întrebări, la un moment dat apar mișcări de masticățiune cu o hipersalivație, încât saliva i se scurge în picături dese din gură.

Conjunctivele bulbare devin hiperemiate, își păstrează poziția în care l-a surprins accesul și în special nu cade. După această fază care durează cam 60 secunde, începe să facă mișcări cu mâna ca și cum ar căuta ceva, se ridică în picioare, își bagă mâna în buzunarul examinatorului, sau execută alte acte asemănătoare; în această fază începe să răspundă monosilabic la întrebări, dar face impresia că nu știe ceea ce se petrece cu el. După 3—4 minute își revine complet, își amintește că s'a întâmplat ceva, dar nu știe nimic ceea ce a făcut.

Prof. Dr. M. Sturza: Fizioterapia în războiu. (Conferință continuare).

Prof. Dr. E. Țeposu-Dr. P. Bruda: Considerațiuni asupra tuberculozei genitale la bărbat în legătură cu cinci cazuri recent operate.

Autorii prezintă cinci cazuri de tuberculoză genitală operate recent în clinică și arată rezultatele operatorii excelente, obținute prin epididimectomie operație ce se practică aproape în toate cazurile de tuberculoză genitală la bărbat — în Clinica Urologică. După ce fac câteva considerațiuni asupra patogeniei acestei afecțiuni ce se întâlnește atât de frecvent într'un serviciu de specialitate și asupra leziunilor anatomopatologice, autorii insistă mai ales asupra diagnosticului și tratamentului în deosebi a celui chirurgical, scoțând în evidență avantajele epididimectomiei față de castrație care trebuie ca să rămână considerată abia ca o intervenție de absolută necesitate. Arată cazul unui pacient tânăr de profesiune judecător, care după o castrație făcută de un chirurg din provincie, la foarte scurt interval de timp a făcut o orchiepididimită pe testicolul opus care a fistulizat. Bolnavul în durerea lui a venit în clinică pentru a implora un ajutor care nu i se mai putea da. De asemenea edificator este unul din cele cinci cazuri expuse, care la aproximativ 16 zile dela operația de epididimectomie făcută în clinică, a făcut o orchiepididimită bacilară — formă acută — și pe testicolul opus. Cazurile de felul acestora fiind extrem de numeroase, autorii recurg la castrație numai atunci când testicolul este complet compromis — rezecția parțială de testicol nefiind nici ea posibilă — sau în cazurile în cari pachetul vascular nu poate fi eliberat din proces și aderențe. În toate celelalte cazuri recomandă cu căldură epididimectomia, care pe lângă faptul că păstrează secreția internă a organului mai are avantajul că lasă pacientului și iluzia că nu este un mutilat.

Statistica tuturor cazurilor operate în clinică este edificatoare din acest punct de vedere. Din anul 1920—1934, 1 VI. s'au făcut 107 intervenții pentru tuberculoză testiculară, dintre care: 73 castrații, 25 epididimectomii iar restul de 9, au fost castrații asociate fie cu epididimectomia făcută de partea opusă, fie de ligarea și rezecția deferentului opus.

Din lunie 1934 — 24 II 1944 s'au operat 187 cazuri de tuberculoză genitală la bărbați, dar în acest interval de timp s'au făcut: 156 epididimectomii, și abia 31 de castrații făcute fie pe testicol complet compromis, fie de către operatori tineri cari nu stăpâneau încă în deajuns tehnica epididimectomiei.

Numărul mare de epididimectomii față de cel al castrațiilor, autorii îl explică prin rezultatele excelente obținute cu această metodă, multe din cazuri revăzute, fiind găsite în deplină sănătate.

Dr. St. Gârbea-Dr. I. Bârzu-Dr. G. Limpede: Distagia stiloidiană (apare în articol în Ardealul Medical)

Sedința extraordinară din 25 Februarie 1944.

Prezidează: D-l Prof. Dr. M. STURZA și D-l Prof. Dr. I. GAVRILĂ.

1. Prof. Dr. M. Sturza: Fizioterapia în războiu. (Conferință — continuare).

REUNIUNEA ANATOMICĂ

Sedința III-a, din 3 Februarie 1944

Prezidează: PROF. DR. TITU VASILIU

1. Dr. I. G. Russu și Dr. Gh. Corondan: Vascularizația arterială a capsulelor suprarenale la câine.

În vederea unor cercetări inițiate acum câțiva ani cu d-l Prof. Velluda, am căutat să realizăm în mod operator-experimental legătura arterelor capsulei suprarenale la câine. Greutățile ivite atunci, într'un cât nu am găsit în niciun tratat descrise vasele capsulare la animale, iar urmând datele anatomice obișnuite la om, nu am reușit să realizăm intervenția, ne-a făcut să căutăm a cerceta această chestiune în seria animalelor de laborator, pentru a pune la dispoziția eventualilor cercetători descripții exacte.

În comunicarea de față vom prezenta arterele capsulei suprarenale la câine. Vasele au fost disecate, după o prealabilă injecție în aortă cu o suspensie de tuș de China la unele piese, iar la altele am utilizat o masă uleioasă semifluidă și colorată. Dela prima privire se observă strânsa legătură a capsulei suprarenale cu vasele mari abdominale. Situate imediat sub pritoneu fără interpunere de țesut celular lax, capsulele sunt vizibile după deschiderea abdomenului, cu excepția polului inferior al capsulei suprarenale stângi, care în unele cazuri este acoperit de extremitatea superioară rinichiului. Așezarea lor este mediană și cranială față de rinichi, găsindu-se lipite literalmente de aorta cea stângă și de vâna cavă inferioară cea dreaptă. În mod absolut constant forma lor este a unei virgule (cu extremitatea cranială umflată, iar cea caudală subțiată) cu coada înapoi, prezentând pe ambele fețe (anterioară și posterioară) câte un șanț foarte accentuat la nivelul gâtului, datorită faptului că aci capsula se găsește prinsă ca între ramurile unei pense de o vână ce trece pe fața anterioară a ei și artera respectivă ce traversează fața posterioară. Aceste vase pornesc (artera) și se varsă (vâna) din aortă și cavă printr'un trunchi comun cu artera diafragmatică inferioară. Urmează apoi un traect transversal peste capsulă, trece deasupra polului superior al rinichiului și se pierd în mușchii largi ai abdomenului la nivelul flancurilor, este deci o *ramură musculară lombară*. Notăm că în toate cazurile am identificat separat ultimul pachet intercostal și vasele lombare, al căror traect este cel obișnuit.

Capsula suprarenală prezintă la câine o vascularizație arterială extrem de bogată. Această vascularizație — este vorba de vase de dimensiuni mici — nu se face prin pediculi vasculari, ci arterele pătrund în glandă din toate părțile, radiar plecând din toate vasele din jur.

Pe primul plan, subperitoneal, capsula primește câteva ramusculi, care pătrund radiar pe fața anterioară a glandei. Ele vin din profunzime, traversând țesutul celular subperitoneal.

Marea majoritate a arterelor pătrund însă în glandă la nivelul circonfinței și a feței sale posterioare. Cu această ocazie trebuie să notăm faptul că țesutul celular ce desparte capsula de stâlful intern al diafragmului este abundent și lax în același timp, așa încât secționarea peritoneului ne-a permis foarte ușor desprinderea și răsfrângerea capsulei, care rămăsese menținută totuși prin legăturile vasculare, ce ar putea fi considerate un ligament circular — vascular, — care se inseră pe de o parte la nivelul circonfinței glandei, iar pe de altă parte se pierde pe vasele mari, din care provin ramurile arteriale și care ar fi după pritoneu un important mijloc de susținere al capsulei.

În cercetările noastre am disecat arterele capsulare la 13 câini. În cursul diseceției am găsit două categorii de ramuri: unele constante ca origine și aproximativ ca număr, iar altele excepționale, neîntâlnindu-le decât într'un redus număr de cazuri. Variațiunile par a fi dependente de situația topografică a glandei și de traectul vaselor din jur. În orice caz când un vas mai mare

ajunge în raporturi mai apropiate cu capsula întotdeauna îi furnizează câteva ramusculi.

Arterele care sunt prezente în mod constant provin din 4 surse și anume: 1. aorta abdominală, 2. artera musculară lombară, 3. artera diafragmatică inferioară și 4. artera renală.

1. Ramurile care provin din aorta abdominală pleacă din porțiunea situată între emergența splenice și renalei. Găsim de obicei 1—3 ramuri fine, care au un traect destul de lung, abandonează câteva colaterale pentru țesutul celular subperitoneal și plexul solar și se termină în glandă la nivelul marginii interne și feței posterioare.

2. O mare parte din ramurile arteriale provin din trunchiul arterei musculare lombare. Acest vas, după cum am amintit, trece la nivelul feței posterioare a glandei; în drum dă o serie foarte numeroasă de arteriole, care pleacă din vas atât de medial, cât și lateral față de glandă, pătrunzând în organ la nivelul marginii interne, respectiv externe și la nivelul feței posterioare în vecinătatea acestei margini. Relativ foarte puține ramusculi, scurte, pleacă din porțiunea situată înăpoia capsulei.

3. Artera diafragmatică dela origine pornește vertical în sus pe fața inferioară a diafragmului, ca după un scurt traect să se împartă într-o ramură externă și una internă. Ramurile capsulare provin din trunchiul primitiv și din ramura externă și pornesc de pe fața arterei care privește glanda. Vasele sunt numeroase și ajung la glandă la nivelul marginii interne și extremității superioare, precum și la nivelul feței posterioare. În 3 cazuri am găsit o ramură mai lungă care traversa în diagonală fața anterioară a glandei, furnizând o serie de ramusculi și epuizându-se aproape de polul inferior. Câteodată diafragmatica inferioară dă și alte colaterale în apropierea suprarenalei și în acest caz pornesc ramuri glandulare și din aceste colaterale. Ramurile arteriale observate pe fața anterioară a capsulei sunt provenite din această sursă.

4. Artera renală furnizează și ea câteva ramuri capsulei suprarenale. Aceste ramuri iau naștere aproape de nivelul unde vasul pătrunde în parenchimul renal și după un traect lung ascendent pătrund în glandă la nivelul polului inferior. De obicei sunt 2—3 la număr și risipesc în drum numeroase ramuri pentru capsula adipoasă a rinichiului.

Trebue să menționăm încă câteva articole, foarte puțin constante ca număr și punct de origine, care există însă întotdeauna și pornesc din arteriolele capsulei adipoase a rinichiului, la nivelul polului superior.

Afară de ramurile menționate mai sus, am găsit încă o serie de artere capsulare inconstante:

a) O ramură lungă ce provenea din aorta toracică, traversa diafragmul și după un lung traect descendent se împărțea în câteva ramuri medievale pentru plexul solar și altele laterale destinate capsulei suprarenale (un caz);

b) În patru cazuri am găsit ramusculi fine, care proveneau din artera splenică aproape de originea ei;

c) O ultimă varietate de ramuri inconstante proveneau din artera mezenterică superioară, chiar la nivelul originii ei (un caz).

În concluzie putem sublinia că suprarenala la câine nu posedă pediculi arteriali individualizați.

2. Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. I. Roman: Două cazuri de carcinoame pulmonare (456 B. și 90 I. A. P.).

Se prezintă piesele a două cazuri de carcinoame pulmonare, dintre care primul, un bărbat de 50 ani, a fost autopsiat la Medias și se prezenta ca un carcinom bronșic răspândit în plămân și cuprinzând în masa tumorală ganglionii, pericardul și cu noduli metastatici în miocard și peretele aortei. Al doilea, un bărbat de 41 ani, prezenta un carcinom polipos al bronșiei drepte, astupând aproape complet lumina bronșiei și cu metastaze puține în ganglionii hilului. În lobul inferior al aceluiași plămân se vedea o

bronșiectazie întinsă. Histologic ambele se prezintă sub forma unor carcinoame pavimentoase, cu formațiuni de perle epiteliale.

Ambele cazuri sunt deci carcinoame pulmonare cu punct de plecare dela bronșie și ambele se încadrează în clasă histologică a carcinoamelor pavimentoase, deci cu celule diferențiate. Sunt de semnalat în primul caz metastazele în pericard, miocard și aortă. Localizarea aceasta deși este cunoscută, totuși este rară. În ceea ce privește histogeneza carcinoamelor pavimentoase ale mucoasei bronșice, se cunoaște existența metaplaziilor de epitelii pavimentos în această regiune. Procese inflamatorii sau alte iritații ar fi factorii determinanți. S'au găsit metaplazii masive în bronșiectazii, care semănau până la un punct cu adevărate tumori. Este posibil în cazul al doilea, unde s'a găsit o bronșiectazie masivă a lobului inferior, ca aceasta să fi preexistat carcinomului, explicând astfel histogeneza lui.

3. Prof. Dr. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Sindroame reumatice miocardice și vasculare, cu prezentarea unui caz de endocardită și septicemie streptococică (114 S. P. Cl. Med. II.).

Bărbat de 48 ani, lucrător urban, care era bolnav de 4 luni cu semne de nefrită, cu dureri în flancuri și abdominale, umflarea membrului inferior, mâncărime pe corp, oboseală și răsuflare grea la urcat. Albumina prezentă, în sediment hematii. Edemul dispărea după regim, are fior de frig și temperatură 39,5—40, amigdalele mari umflate și roșii. La un moment apare o erupție de papule mici roșii cu înfățișarea papulelor urticariene. Examenul sanghin: polinucleară 60%, monocite 4%, eozinofile 4%. Moare după 10 zile de spital cu o durere în flancul drept.

La autopsie se constată o inimă mare, ventricolul stâng hipertrofiat, musculatura dură, contractată, de culoare cafenie cu mici striațiuni cenușii. Endocardul valvei sigmoide cu o ulceratie pe una din valve. Valvulele sunt îngroșate. Aorta subțire și netedă. Ficatul 2250 gr., splina 900 gr., rinichiul mărit cu diferență mare de culoare între corticală și glomeruli. Corticala îngroșată roz-palidă. Diagnosticul clinic de nefrită și septicemie. Diagnosticul anatomo-patologic: endocardită ulcerosă vegetantă (recidivantă). Hepatosplenomegalie, nefrită, septicemie. Pe culturile din splină un streptococ hemolitic. Histologic în miocard leziuni reumatice granulomatoase și cicatriciale, în forma unei miocardite cronice. Sunt focare însemnate de celule histioide și, în același timp, alterații ale celulelor musculare. Endocardul arată leziuni degenerative (intumescentă fibrinoidă) și focare microbiene. Ficatul prezintă hepatită seroasă. Rinichii glomeruli măriți, iar spațiile capsulare pline cu celule fuziforme histiocitare și fibroblastice, care umplu lumina capsulei. În jurul capsulei infiltrații granulomatoase cu celule mici limfocitare. Sunt leziuni glomerulonefritice subacute în grad mare. Amigdalele prezintă de asemenea o infiltrație inflamatorie și mai cu seamă în capsulele lor sunt focare granulomatoase (reumatice). Avem de a face cu un caz tipic al infecției reumatice alergice cu focare streptococice amigdaline și leziuni valvulare endocardice, care s'au produs concomitent cu leziunile glomerulare ale rinichiului. Acest bolnav a manifestat, cu 4 luni înainte de a sucomba, pentru prima dată o afecțiune reumatică a endocardului, miocardului și rinichiului, fiind constatată starea de alergii. Reacția hiperergică prezintă la această dată s'a menținut în organism până când, după patru luni, bolnavul a devenit anergic și a făcut o septicemie. Astăzi această septicemie o interpretăm ca expresia unei stări a organismului care nu mai reacționează, ci moare cu fenomenele septicemiei produse de streptococi.

Un mare progres s'a făcut în cunoașterea și interpretarea unor sindroame miocardice și vasculare prin studiul anatomo-patologic al inimii și vaselor în diferitele forme ale reumatismului, dând astfel o bază de înțelegere acestei boale atât de variată ca

infățișare și a cărei etiologie și patogeneză erau rămase în cea mai mare neprecizare. Capitolele asupra boalelor inimii și a arterelor erau cu totul confuze, iar diagnosticul de miocardită nu avea niciun cuprins altul decât câteva semne clinice și o totală imprecizie chiar asupra concepției histopatologice a leziunilor: inflamatorii sau degenerative. Astăzi grație cercetărilor despre care am mai vorbit într-o ședință trecută, se constată leziuni destul de precise ale reumatismului în miocard, endocard, pericard și pereții arteriali. Astăzi vorbim de miocardită reumatică cum vorbim de pericardită tuberculoasă și constatăm atingerea tuturor stratelor inimii, vorbind de „cardite”. Grație cunoașterii felurilor de leziuni: infiltrative, degenerative, granulomatoase și cicatriciale, se pot cerceta diferitele stadii de inflamație reumatică și amestecul lor arată caracterul polimorf al infățișărilor clinice și morfologice. Concepția de reacție alergică a dat de asemenea o înțelegere plină de învătăminte în ceea ce privește acest polimorfism al leziunilor reumatice, așa cum a adus în patologia tuberculozei progresul imens din ultimile trei decenii asupra interpretării mersului infecției tuberculoase, clinice și terapeutice ei. Astăzi putem înțelege de ce se întâlnește cea varietate de leziuni și simptome la același bolnav, toate având la cheie infecția reumatică. Cadrele strâmte luate drept sindroame oarecum independente: Periarterita nodoasă, Endocardita obliterantă, Endocardita plastică, Pericardita exudativă, fibrinoidă, alteori cicatricială, precum și leziunile miocardului, cât și a vaselor lui: Coronaritele, toate au înțelesul unor leziuni organice în diferitele stadii de evoluție ale infecției reumatice.

4. Prof. Dr. Titu Vasiliu: Metastaze mari mezenterice a unor carcinoame gastrice (sindrom abdominal). (109 S. P. și 101 I. A. P.).

În cursul anilor la Cluj autorul a observat metastaze mari la unele carcinoame gastrice, care întreceau mărimile obișnuite și atrăgeau atenția asupra afecțiunii abdominale, carcinomul primitiv rămânând neobservat de multe ori chiar pe masa de autopsie. În ultimul timp la Sibiu s-au întâlnit două asemenea cazuri relativ la mică distanță unul de altul, care prin evoluția lor și examenul istologic făcut chiar în timpul vieții, prin biopsie, au adus mai multe lămuriri.

Cazul I. (Cl. Med. II). O femeie de 34 ani, căsătorită și gravidă prezenta dureri mari în epigastriu cu tumefacția regiunii cervicale tiroidiene și supracaviculară și ascensiuni termice. Periflebita cu edem a membrului superior drept. Femeia naște la termen, iar după 5 zile temperatura se urcă. Dureri abdominale. Bolnava se cașectizează rapid cu abdomenul mărit și se edemațiază. Ganglionii axilari, cervicali și inghinali măriți, Bolnava moare la 7 săptămâni după ce a născut. Examenul anatomic-patologic constată un carcinom stomacal de mărimea unei nuci. Ganglionii perigastrici îngroșați și transformați în mase albicioase. În abdomen 1800 gr. lichid. Retrostomacal cât și în jurul pancreasului și în tot mezen-terul sunt mase mari albicioase făcute din pachete ganglionare cu suc lăptos. Pancreasul comprimat și micșorat cu tumori în el. Ambele ovare mărite din care cel stâng cât o mandarină mare. Vâna cavă trombozată și închisă de cheaguri, care conțin și mase tumorale. O evoluție rapidă clinică fatală. Chiar în timpul vieții de semnalat o pleurezie în care s-au găsit foarte multe celule mari neoplazice, care au condus la interpretări diverse. Nu s-au constatat noduli tumorali în pleură la acel nivel. Ex. istologic a confirmat diagnosticul de carcinom stomacal mucocelular și metastazele în tot abdomenul. Este tot un caz care se poate încadra între tumorile ovariene zise ale lui Krukenberg, unde însă nu metastazele abdominale au dus la sfârșitul fatal ci cele ovariene au fost pe primul plan.

Cazul II. Bărbat de 37 ani, plugar, boala sub forma ei ultimă începe repede cu 4 luni înainte de moarte cu temperatură și transpirațiuni, dureri în lombe ce mergeau între coaste și epi-

gastriu, mai mult în dreapta. Observă o tumefacție a epigastriului, abdomenul balonându-se. Adinamie mare, slăbește 14 Kg. Examenul obiectiv făcut cu toate metodele nu a putut duce la diagnosticul de carcinom al stomacului, rămânând la acela al unor tumori retroperitoneale, proeminând în abdomen. Trimis la Cl. chirurgicală i se face o laparotomie și se constată o tumoare în mezen-ter legată de coloana vertebrală. Se face examenul istologic, unde se văd celule atipice tumorale de forme variabile, fără caracter net de celule epiteliale, încât diagnosticul oscilează între o tumoare ganglionară sau chiar medulară (examenul făcut de autor). Sucombă după câteva zile. La autopsie se constată un carcinom al stomacului în regiunea cardiacă, de mărimea unei prune, dispus vertical în jurul cardiacă. Peretele mult îngroșat și transformat într-o masă pulpoasă albicioasă. În mezen-ter sunt mase ganglionare tumorale, formând cerdoane dure, comprimând intestinul și pancreasul, care este înglobat în această masă. De-a-lungul coloanei lombare, către stânga, se constată o altă masă ganglionară mare cât o pătlăgică vântată, care apasă loja renală către cavitatea retroperitoneală care este liberă. Metastaze nu se găsesc în alte organe.

Ședința IV-a din 17 Februarie 1944

Prezidează: PROF. DR. TITU VASILIU

1. Prof. G. Buzoianu și Dr. N. Albu: Cancer esofagian abcedat în regiunea cervicală.

Bolnava O. G. de 42 ani vine la clinica noastră în ziua de 19 Septemvrie 1943 pentru: *dureri în gât și turburări de deglutiție, abces în regiunea cervicală, slăbire în greutate și forță fizică.*

Antecedente heredo-colaterale și personale: fără importanță.

Istoric: boala actuală a debutat în mod insidios în primăvara anului curent cu oarecare dureri vagi în regiunea auriculară. Ceva mai târziu simte dureri și în gât, fără să le dea vreo importanță. În timpul verii a lucrat mult la mașina de treerat grâu. De atunci are și turburări de deglutiție, la început cu ocazia ingerării alimentelor solide și apoi și a celor lichide, simțind în același timp și dureri. Neputându-se alimenta slăbește mult în forță fizică și în greutate. Se duce la diferiți medici în Caracal și Craiova, care i-au prescris tratament tonic fără niciun rezultat. Înainte cu trei săptămâni în regiunea anterioară a gâtului bolnava observă o tumefacție destul de voluminoasă care după aplicație de comprese calde și cu alcool abcedează într'un punct; după câteva zile se închide. În decursul zilelor următoare, tumefacția apare din nou de astădată mai întinsă, turburările de deglutiție se accentuează, fapt ce determină bolnava să se ducă din nou la doctor care o trimite la clinica noastră.

Examen somatic general: bolnava de constituție medie, tegumentele și mucoasele palide, țesutul musculo-adipos redus, emaciata. În regiunea cervicală pe partea anterioară se observă o tumefacție dură, lemnoasă ce inconjoară laringele ca o carapace; într'un punct lateral se simte o ușoară fluctuație.

Aparat circulator: normal. *Aparat respirator:* normal. *Abdomen:* escavat, nu prezintă puncte dureroase.

Examen oto-rino-laringologic: faringele de aspect normal, laringele aproape de aspect normal, afară de o ușoară modificare a aritenoidizilor și plicilor ariteno-epiglotice care erau ușor îngroșate, modificări pe care le-am pus în legătură cu abcesul din regiunea cervicală.

După aspectul clinic și după antecedente, ținând seama că fenomenele mai serioase au apărut în timpul treeratului, bolnava fiind în acest timp în permanență în atmosfera de praf de graminee, spice, ne-am gândit la eventualitatea unei actinomicoze. Indurația pre-laringeană ar fi o leziune actinomicozică iar turburările de deglutiție le-am pus pe seama infiltrației aritenoidizilor și plicilor ariteno-epiglotice.

Până la confirmarea diagnosticului prin cercetări de laborator, instituim un tratament cu iod. În decurs de câteva zile tumefacția prezintă în grosimea ei focare de ramoliment, facem o puncție, se extrage un lichid sero-purulent, din care se trimite la laboratorul de igienă pentru examen bacteriologic. Rezultatul examenului bacteriologic arată floră banală, niciun actinomicet, nici bacili Koch.

Reacția Bordet—Wassermann din sânge negativă. Examenul sputei: Koch negativ. Bolnava nu prezintă nicio ameliorare, se plânge mai departe că nu poate înghiți alimentele.

Facem un nou examen laringean; de astădată se observă că tumefacția aritenoidelor și plicii ariteno-epiglotice — dela început — a cedat, deglutiția ar fi trebuit să fie mai ușoară, însă cum disfagia persista, am procedat la esofagoscopie. Și intradevăr în porțiunea cervicală a esofagului se putea vedea clar o stenoză determinată de o tumoră formată de escrescențe de mărimea unei boabe de fasole dispuse circular. Punem diagnosticul de prezumție — neoplasm al esofagului — ceea ce s'a confirmat din rezultatul biopsic al Institutului de Anatomie Patologică. Făcându-i-se și un bariu-pasaj la Institutul de Radiologie s'a constatat o dublă stenoză a esofagului în regiunea cervicală și deasupra cardiei. Acest caz este interesant prin faptul că simptomele regionale au apărut pe primul plan față de simptomele locale ceea ce poate să inducă în eroare la început în punerea diagnosticului.

2. Prof. Titu Vasiliu și Dr. F. Antonescu : Abcese infarctiforme multiple cu empiem pleural.

Este vorba de o femeie de 27 ani, casnică rurală. Boala a început cu junghiu puternic în regiunea mamelonară și baza hemitoracelui drept, cu tuse chinuitoare, vărsături, dureri de cap. Vine în Cl. Med. II. (Prof. Goia) unde stă patruzeci de zile când sucombă. Cazul clinicește a fost expus într-o ședință a Soc. Științelor Medicale (28 I, 1944). Se constată pleurezie însă care este complicată de expectorație rău mirositoare, iar radiologic se constată o hernie intestinală în cavitatea toracică dreaptă, la locul empiemului. Probele de laborator au condus la ideea unei fistule stercorale toracice, deși a doua radioscopie a arătat descinderea ansei intestinale din punga herniară.

La autopsie se constată numai leziuni pulmonare. Un focar pneumonic al vârfului lobului sup. stâng escavat. Aspectul este al unui infarct alb, inmuiat și scobit, cu o zonă de infiltrație pneumonică în jur. Examele bacterioscopice făcute pe lame din caverna focarului arată spirochete și bacili fuziformi, pe lângă alți coci variați. În plămânul stâng cât și în cel drept se găsesc alte trei focare pneumonice puțin delimitate cu caracterul focarului pneumonic de aspirație. La baza lobului inferior drept se găsește o pungă cât o portocală, cu pereții groși, plină cu lichid turbure murdar. Orificiul vinei cave lângă esofag este dilatat și prelungit în sus cu un sac neted făcut de mediastin, închis la capăt. Acest sac este în mediastin, merge către pericard și nu are nicio comunicație cu plămânul, de care este separat prin dublul perete pleural și mediastinal. Intestinul gros este contractat, gol, redus la dimensiunile unui deget de bărbat. Peritoneul visceral și parietal este neted, lucios. Niciun exudat peritoneal. În intestinul subțire se găsesc ghemuri de ascarizi.

Diagnosticul anatomo-patologic elimină posibilitatea fistulei bronho-pleuro-intestinale și duce la altă interpretare a cazului, cu toată aparența ce o dădeau examenele chimice (vezi „Ardealul Medical” Nr. 3 din Martie 1944). Este vorba de un focar pneumonic infarctiform cavernos făcut de *larve de ascarizi*, venite, așa cum se știe din ascaridoza experimentală și cazurile publicate, din intestin pe cale sanghină. Larvele (pe care nu am putut să le pun în evidență în preparatele făcute) au adus cu ele germeni septici și au dat abcesul acela torpid pulmonar și poate și cel dela nivelul empiemului din pleura dreaptă. Este probabil să se fi făcut

și însămănțări dela focarul primitiv dela vârful stâng, prin înghițire, dând acele patru alte focare pneumonice descrise. Prima ipoteză făcută a fost de pneumonie produsă prin înghițire de bucățele venite prin antiperistaltism din intestin, prin stomac, cauzat de ascarizi. Anatomia patologică și histologia abcesului infarctiform și cercetarea literaturii au condus la cea de a doua interpretare, pe care o credem cea adevărată. În literatura noastră nu există niciun caz asemănător și sunt foarte puține cazuri asemănătoare în literatura străină, care ne este puțin accesibilă în aceste timpuri.

3. Prof. Titu Vasiliu și Dr. I. Roman : Fibro-sarcom pleural (105 I. A. P. Cl. Chirurg.).

Se prezintă un caz de fibro-sarcom pleural. Este vorba de o femeie în vârstă de 54 ani. Nici în antecedentele ei personale și nici în decursul bolii nu este nimic de semnalat. Mai mult chiar, bolnava nu a venit în clinică pentru suferința ei pulmonară c. diagnosticul a fost pus incidental și anume, făcându-i-se o radioscopie a stomacului, s'a diagnosticat un „chist hidatic al plămânului drept”. După ce se fac și probele de laborator, bolnava este internată în Cl. Chirurgică în 19/I 1944 pentru intervenție chirurgicală. La examenul clinic o ușoară dispnee la efort și la percuție matitate la baza hemitoracelui drept, în partea anterioară. La operația care s'a făcut în 22/I s'a rezezat coasta IX-a pe o întindere de 6 cm., s'a drenat cavitatea pleurală și s'a marsupializat pleura. După intervenție temperatura variază între 37,5 și 38 timp de 6 zile. A șaptea zi se urcă și apar junghiiuri la baza hemitoracelui drept. A opta zi sucombă cu fenomene de insuficiență circulatorie asfictică. Diagnosticul postoperator: Tumoră subdiafragmatică dreaptă.

La autopsie s'a găsit o pleurezie seropurulentă dreaptă și focare bronhopneumonice în plămânul stâng. Miodegenerescență cardiacă cu dilatarea inimii. În abdomen s'a găsit o cantitate de aproximativ 1500 cc lichid sero-citrin. Ficatul era degenerat iar splina moale și mărită. S'au găsit și fibrome uterine subseroase.

Plămânul drept este atelectatic, fiind împins în partea superioară a hemitoracelui respectiv de o formațiune tumorală de 1030 gr. greutate, 17 cm. lungime și 16 cm. lățime. Această tumoră ocupă tot spațiul dintre diafragm și baza plămânului drept, cu care prezintă puternice aderențe. Suprafața este foarte neregulată. Pare formată din 2 lobi, la rândul lor având șanțuri adânci, între care proemină țesutul tumoral. Întreaga tumoră este acoperită de o capsulă groasă. Pe suprafața de secțiune are o culoare albă, este bogat vascularizată și se văd benzi groase de țesut conjunctiv, care se întretaie în toate părțile.

Cazul este interesant deci din mai multe puncte de vedere: În primul rând pentru faptul că a evoluat clinic absolut fără nicio simptomatologie, deși tumoră avea o dimensiune atât de mare, chiar descoperirea ei s'a făcut întâmplător. În al doilea rând, în general, cazurile de tumori conjunctive pleurale sunt foarte rare. S'au descris rare cazuri de lipoame, fibroame și neurofibroame. Unele având oarecare caractere de atipie sunt clasate drept fibrosarcoame. De semnalat și faptul că unele din aceste tumori au fost descoperite doar la autopsie. De asemenea se menționează că aceste tumori, chiar când ajung la dimensiuni considerabile nu au tendința de împrăștiere, așa că oferă posibilități bune și un prognostic bun pentru operație.

Histologic, cazul nostru nu are caractere exprimate de malignitate. Tumora este foarte celulară și se observă oarecare caractere de tachicromazie nucleară precum și variații în forma și mărimea celulelor.

Se citează un caz de neurinom, operat de Denk și vindecat, care cântărea 1700 gr. Alte 8 cazuri citate în literatură prezentau aceleași caractere de benignitate și au fost fie operate, fie descoperite doar la autopsie. Ar mai fi de spus un cuvânt asupra histogenezei acestor tumori fibro-sarcomatoase pleurale și anume că

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiilor gono-
cocice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.
Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.
Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;
apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până
la defervescență, dar maximum 8 g.
(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se
reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și
 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate
Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România :

M. R. Leclerc, București, str. Ruginoasă 1



K A R A N U M

este o 2-Methyl-naphthohydrochinonă - 1,4 - dibutyrată și posedă,
după cum s'a dovedit în mod experimental și clinic, o

PUTERNICĂ ACȚIUNE DE VITAMINA K

Karanum se administrează per os (Tablete a 15 mgr., cutii cu
20 bucăți) sau se injectează intramuscular (Fiole a 7,5 mgr.,
cutii cu 5 bucăți)

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE — DARMSTADT

Reprezentanța: Chimiroman, București, I., Strada T. G. Masaryk Nr. 32

întotdeauna trebuie să ne gândim la posibilitatea genezei lor din elementele simpaticke din mediastin, deoarece s'a observat că aceste tumori nervoase au o structură histologică foarte variată. În legătură cu aceasta amintim că la Cluj s'a autopsiat un caz care a prezentat un neurinom mediastinal operat și care avea asemănări de structură cu cel de acum, însă la care originea simpatică era evidentă, găsindu-se și ganglionul din care a plecat tumoarea.

4. Prof. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Carcinom al plămânului (131 S. P. Cl. Ftiziologică).

Autorii prezintă piesele unui bolnav din Clinica Ftiziologică a Prof. Daniello: o tumoare mare înmuată cât o chitră în plămânul drept sub ramificația bronșiei principale, bombând în mediastin în care se găsește de asemenea o masă albicioasă tumorală. Această bronșie are ridicături proeminente pe suprafața mucoasei, iar dedesubt, în pereți, sunt masse ganglionare albicioase.

Histologic este vorba de o tumoare celulară cu celule rotunde relativ mici, care corespund forme cunoscute de carcinoame pulmonare cu celule mici. Se constată pe secțiune că această tumoare pleacă din epiteliul bronșial.

Clinicește cazul s'a prezentat cu simptomele descrise în sarcoamele pulmonare. Chestiunea histologiei carcinoamelor pulmonare este în ultimul timp în discuție. Înainte cu douăzeci de ani au fost publicate multe cazuri de sarcoame, pe care se zice că s'au făcut și considerațiunile clinice diferențiale. Multe din cazurile publicate în literatură drept sarcoame, astăzi la un examen retrospectiv, acolo unde sunt date histologice, se constată că sunt de fapt carcinoame cu celule rotunde.

5. Prof. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: Tuberculoză pulmonară și bronșiectazie cu hemoragie terminală (132 S. P. Cl. Ftiziologică).

Se prezintă plămânii unui caz de bronșiectazie cu tuberculoză sucombat în Clinica Ftiziologică a Prof. Daniello. Se demonstrează dilatarea bronșilor descendente, care este cilindrică, nu sacciformă, cu mucoasa îngroșată, iar peretele de grosime inegală, prezentând subțieri transversale. Se văd de asemenea și cavități în formă de pungi cu peretele subțire și transparent, dispuse fără o continuare directă cu arborele bronșial. Histologic acești pereți sunt subțiri, făcuți dintr'un epiteliu cilindric cu un strat subțire conjunctiv; pe alocurea sunt cavități și mai mici formate numai dintr'un strat de celule cilindrice bronșiale. Tuberculoza se prezintă sub aspectul ei de polimorf; noduli cât o nucă în număr de 2 în lobul inferior drept, având aspectul unui afect primar; noduli mai mici, în parte escavați, având diferite mărimi sunt răspândiți în parenchim; se văd ganglioni scleroși de-a-lungul bronșilor mari, mergând către hil. Histologic se constată o diseminare de noduli mici în tot parenchimul, neregulați, cât și în peretele unor cavități bronșiale.

În lobul superior stâng este o cavernă unde s'a produs hemoragie mortală; există și o diseminare de noduli acinoși mici în restul plămânului.

Ceea ce se poate deduce este formarea de vezicule din unele bronșii, având întocmai aspectul chiștilor pulmonari. Aceste dilatațiuni nu pot fi interpretate decât ca premergătoare tuberculozei dezvoltate printr'un defect în dezvoltarea arborelui bronșic, deci pe bază congenitală. Tot pe această dezvoltare defectuoasă „slăbiciune” (Fehlbildung) a peretelui bronșial, s'a dezvoltat și dilatarea bronșilor mari. Tuberculoza s'a produs independent de această bronșiectazie, însă, efortul funcțional și tusea pot să fie considerate ca factori care au condus la dezvoltarea bronșiectaziei: factorul funcțional pe un teren insuficient dezvoltat, prin muncă mai mare decât aceea la care s'ar fi putut adapta, neputând învinui tuberculoza drept cauză a bronșiectaziei.

★

**A CINCEA ȘEDINȚĂ ȘTIINȚIFICĂ
A COLEGIULUI MEDICILOR DIN TIMIȘOARA**

S'a ținut la 6 Decembrie 1943, în sala mare a Salvării, participând un mare număr de medici din oraș și jur. Prezidează d-l Dr. Ioan Mureșan medic primar director, vice-președintele colegiului.

Au făcut comunicări:

1. Dr. Eugen Bodea, medic primar: **Otitele latente la sugari.**

Otitele latente reprezintă inflamațiile urechii medii la sugari. Otita la copii sugari e f. frecventă. 30% din copii în primul an prezintă otită.

Otita latentă e rară. Au un debut neobservat. În perioada de stare semne generale grave. Temp. 38—39, cu turburări digestive. Poate exista și fără modificări a timpanului sau modificări f. reduse. Paracenteza în aceste cazuri reprezintă metoda de explorare și în același timp de tratament.

Caracteristic: lipsa de perforație spontană. Complicații osoase, meningo-encefalice, stări septicemice.

Tratament. Deschiderea timpanului, apoi ca orice otită medie. Autorul citește foile de observație a 2 cazuri.

Dr. Nemoianu, Dr. Zoran și Dr. Mircea: **Combaterea sifilisului congenital.**

Autorii arată că mortalitatea heredo sifiliticilor acum 40 ani era 86%, iar acum f. redusă după autorii străini. D-lor în timp de 20 ani au examinat 1821 sugari și au găsit 272 sifilis congenital, deci un procent de 15%. Din acești 272 sugari 46% aveau semne manifeste de sifilis cong. și 54% semne latente.

La cei cu semne latente ajută laborul cu Reacția B. W. în sânge și lichid cefalo-rahidian. O reacție f. bună și mai sigură ca B. W. este reacția auro-coloidală în lichid cefalo-rahidian care însă azi se practică greu din cauza lipsurilor.

Tratamentul acestora până acum se făcea 4 ani. Prof. Markenstein introduce o metodă nouă de tratament de asalt la sugari care durează 4 luni.

Se face acest tratament imediat după naștere după următoarea tehnică: Medicamentul ales *Spirocid* tablete. Calea orală: 10 zile de 2 ori câte 1/2 tabletă pe zi, apoi 4 zile pauză. Idem timp de 4 luni.

Pară a da o terapie sterilizantă mare.

Are avantajul de a fi de scurtă durată, 4 luni, și ușor de executat, calea fiind cea orală.

Dr. Bucheru D., Dr. Pușcașiu I., Dr. Olaru E.: **Acțiunea terapeutică a blocării simpaticului cu Novocaină.**

Pe un număr de 83 cazuri clinice, autorii ajung la următoarele concluziuni în legătură cu terapia blocării simpaticke prin Novocaină:

1. Infiltrațiile simpaticului cu ajutorul soluției de Novocaină 1% constituie o manoperă ușor de realizat și lipsită de accidente.

2. În turburările de natură trofică, cu fenomene vaso-motorii și dureri simpaticke, blocarea simpaticului este metoda electivă. Uneori unde după suprimarea infiltrațiilor fenomenele revin, ameliorarea din timpul tratamentului ne indică pentru mai departe conduita: intervenția sângerândă cu secțiune de simpatic sau și ablații ganglionare, ca suprimare permanentă a unei cauze de dezechilibru.

3. Metoda infiltrațiilor este comodă, și prin ea însăși nu necesită spitalizare. După 10—20 minute dela infiltrație bolnavii pot părăsi cabinetul pe picioare, pentru a-și vedea de ocupațiile lor zilnice, mai ales în sciatică și varice. Este credem metoda cea mai elegantă și fiziologică în tratamentul varicelor.

4. În cauzalgi, blocarea simpatică trebuie asociată atunci când este cazul cu intervenția chirurgicală, pentru excizia unei cicatrice vicioase sau reamputarea unui bont. Aceștia sunt spinii iri-

tativi ai desechilibrului și numai suprimarea lor chirurgicală aduce vindecarea.

5. Infiltrațiile splachnicului și simpaticului lombar dau rezultate nesperate în constipații atone de orice natură și în colice renale, unde favorizează coborârea calculului, suprimă durerile și instalează poliuria.

Dr. Olariu E. și Dr. Bârle H.: Un caz de intoxicație cu veronal.

Concluziuni:

La un caz de intoxicație cu 15 gr. veronal, în comă barbiturică, cu febră înaltă, cu pronunțată tendință la colaps periferic, cu complicații pulmonare și renale, prin strichninoterapie în doze mari pe cale intravenoasă, asociată cu lavaj sanghin, am obținut vindecarea după 117 ore de somn.

Cercetările experimentale arată că acțiunea depresivă și paralizantă a dozelor toxice de barbiturice, este combătută prin efectul stimulent al strichninei în doze mari pe cale intravenoasă. Este o acțiune de antagonism și nu de antidotism.

În același spirit se recomandă tratamentul cu alcool pe cale intravenoasă și cu coramină pe cale intravenoasă, cari sunt mai maniabile și expun mai puțin la intoxicație ca strichnina. Tratamentul cu picrotoxină în asfixiile acute survenite în narcoza cu evipan, este încă în curs de cercetare.

Veronul se elimină prin urină fără a fi distrus în organism, de aceea se recomandă asocierea lavajului sanghin prin inj. mari de ser fiziologic intravenos și subcutan, care influențează în bine și starea de colaps.

Dr. Olariu E. și Dr. Bârle H. dela Spitalul din Oravița comunică: Considerațiuni asupra unui caz de granulomatoză malignă Hodkin-Stenberg.

Cazul, prin evoluția leziunilor, prezintă o vădită tendință la generalizare malignă, ce s'a dezvoltat în puseuri succesive. Debutează prin tumoră sternală ce prinde repede pectoralii și tegumentele, adenopatii axilare, cervicale și mediastinale, splenomegalie, modificări sanghine. În luna a V-a apare febra de tip remitent. Urmează sedințe de Röntgen-Terapie profundă. După o scurtă remisiune, recidivele de granulomatoză se dezvoltă rapid cu fenomene de compresiuni mediastinale cu edeme a membrilor superioare și circulație colaterale, cu coafectarea pleurei printr'un proces exudativ la dreapta, hepatomegalie, albuminurie cu cilindurie și mai ales prin apariția pe tegumentele abdomenului de noduli, cei mai mulți aderenți de tegumente cari sunt roșii livide și sensibile la acest nivel.

Unii prin confluență dau placarde. Nodulii granulomatoși sunt dispuși, pe tegumentele abdomenului sub formă de bandă ce trece dela hipocondrul drept la hipocondrul stâng peste epigastru. Singurul tratament eficient este Röntgen-Terapie profundă.

Se pune întrebarea, dacă în acest caz faptul că regidivele de granulomatoză au apărut repede după Röntgen-Terapie, nu demonstrează o rezistență la raze X? După unii autori recidivele după Röntgen-Terapie se datorează mai mult unui tratament insuficient cu raze X, decât Radioexistenței, mai ales că leziunile în granulomatoză depășesc cu mult leziunile clinic vizibile.

În cazul prezentat fiind în luna a 9-a a bolii cu prognostic înfaust se recomandă „Quo-ad-vitam” continuarea Röntgen Terapie profunde. În aceste cazuri cu tendințe la generalizare ar da rezultate mai bune *teleröntgentherapie*.

Dr. I. Danico: Terapia cu hormoni în hipertrofia de prostată și locul ei în terapia modernă a hipertrofiei de prostată.

În ultimii 10 ani, trei evenimente au îmbogățit mijloacele terapeutice în hipertrofia de prostată: Sulfamidele, rezecția pe

cale uretrală a adenomului prostatei și descoperirea hormonului testicular sintetic.

Datorită tratamentului cu Sulfamide, infecția urinară putând fi jugulată cu mai multă eficacitate și tratamentul operator al prostatei a câștigat mult în precizie și în siguranță. Astfel operația într'un singur timp a adenomului de prostată, a devenit regulă, iar operația în doi timpi o excepție, ceea ce înainte de a cunoaște sulfamidele era tocmai invers.

Rezecția endoscopică de adenom prostatic, cu ajutorul bisturului electric, ne-a servit un nou mijloc terapeutic. În adenomul incipient și cu deosebire cel median, rezecția endoscopică poate fi radicală și deci până într'o oarecare măsură profilactică. În schimb în adenomul prostatic ajuns în ultima fază de evoluție, faza de distensie, rezecția endoscopică paliativă parțială, poate înlocui sonda à demeure sau cistostomia definitivă pentru restul de viață a acestor bolnavi.

Terapia hormonală a hipertrofiei de prostată, e al treilea factor care a îmbogățit arsenalul nostru terapeutic. Extractul testicular care din anul 1935 se prepară și sintetic (testoviron, testosterone, anertan, ș. a.) și care poartă numirea de propionat de testosteron, are acțiune de jugulare asupra adenomului prostatic. Această acțiune este complexă și încă nu bine definită. În orice caz un prostatic în prima și a doua fază în retenție acută la care la tratamentul urologic obicinuit (sondaje, lavaje și sulfamide) se mai adaugă și injecții de hormon testicular, se ameliorează mult mai repede și mult mai durabil decât până a nu se cunoaște tratamentul cu hormoni. Dar și bolnavii ajunși în faza treia de evoluție (faza de distensie) încă se refac mai repede. Și ceea ce este influențat cu deosebire, este starea generală.

În Spitalul din Oravița am avut 9 bolnavi de prima categorie, toți din orașul Oravița; unii din ei sunt în observație de 4 ani. La 8 din ei cu tratamentul hormonal s'a putut evita operația și credem că se va putea evita multă vreme, fiindcă toți 8 sunt lipsiți chiar și de turburările primei faze, deși 1/2 din ei ne-au venit în a doua fază. Numai unul din acești 9 a fost operat, fiindcă prezenta un adenom median, care obstruia orificiul intern al uretrei. Dar și în acest caz, operația a putut fi făcută în condițiuni superioare, tocmai datorită preparării cu sulfamide și cu injecții de hormon.

Sulfamidele și tratamentul cu hormoni au îmbogățit mult terapia medicală a hipertrofiei de prostată, ele însă au ameliorat mult și terapia chirurgicală; datorită lor infecția pânđește mai puțin mâna chirurgului; rezecția endoscopică a îmbogățit terapia chirurgicală a hipertrofiei de prostată.

★

ASOCIAȚIA INTERNILOR ȘI EXTERNILOR

Sedința IV-a din 4 Martie 1944

Prezidează intern JECU AVRAM

1. Extern *Oliver Perhaiță*, prezintă **Un caz de icter paraterapeutic**. E vorba de un bolnav de 22 ani, care cu 5 luni înainte a prezentat o fimosă și uretrită blenoragică. Fără a i se face R. W. se începe un tratament antiluetic cu neosalvarsan. Se dă dela prima injecție dosa IV. După a VI-a acuză mici fenomene de intoleranță ca: greață, vărsături, inapetență, cefalee. După a 8-a are dureri în hipocondrul drept. Nu se mai poate scula din pat. La 5—6 zile apare un icter intens, ficatul e mărit, scaunele decolorate, urina brună închis, prurit intens. Se pune diagnosticul de icter hepatic paraterapeutic. Se exclude icterul toxiinfecțios ce apare tardiv, la 2—3 luni dela terminarea unei serii. În cazul de față nu se poate determina nici infecția sifilitică deoarece R. W. la intrarea în spital este negativ și nu se găsesc adenopatii.

2. Extern *Mircea Aleman*, vorbește **Asupra unui caz de sindactilie și ectrodactilie**. E vorba de o fetiță de 3 ani ce are la mâna dreaptă numai policele și degetul mic (forma „cleștele de rac” a francezilor). De degetul mic se constată atașat un deget supranumerar de gradul I. Mâna stg. prezintă o sindactilie de gradul II a indexului cu mediul, asociată cu o bradidactilie a indexului. La radiografie se constată că lipsei degetelor le corespunde o absență a metacarpienelor corespunzătoare.

Este vorba de o malformație congenitală. Se discută patogenia acestor malformațiuni. Se fac considerațiuni asupra etiologiei, se insistă asupra sifilisului, tuberculozei, alcoolismului.

3. *Bucevski Ștefan*, vorbește despre **Frecvența menorhei după vârstă la sat și oraș**. Executând o statistică de 4685 cazuri, dintre care 1026 dela oraș și 3655 femeii dela sat, se observă că apariția menstruației începe în România între 12 și 16 ani, cu următoarea frecvență: la 12 ani 5,76%, la 13 ani 14,5%, la 14 ani 25,5%, la 15 ani 19,2%, la 16 ani 15,6%. Maximum de frecvență este la 14 ani.

La oraș apare mai timpuriu astfel: la 11 ani la oraș 2,6%, la țară 1,1%, la 14 ani la oraș 34,1, la sat 28,2%. La sat apare mai tardiv astfel: la 17 ani 4,8% la oraș, 7,9% la sat, la 18 ani 1,4% la oraș, 5,44 la sat.

Această diferență se explică prin influența civilizației și mediului ambiant (sport, cinema, etc.), demonstrată de Bernholdt-Thomsen și B. Skerly.

4. Intern *Coroianu Victor*, vorbește **Despre un caz de molluscum pendulum**. Este vorba de o bolnavă de 38 ani ce prezintă un fibrom pediculat, cu o circumferință de 29 cm. pedicol 15 cm. localizat la nivelul labiei mari dr. A evoluat 12 ani, accelerându-și evoluția în ultimii 2 ani. Cazul e rar. Leonard găsește 131 cazuri publicate în literatură până în 1917. La Cluj nu s'a publicat niciun caz, în ultimii 15 ani.

5. Asist. Dr. *Stoian și Dr. Neamțu*, prezintă **Un caz de boală de meleda**. Se arată caracterul congenital ca un element ce se desprinde din antecedente pentru diagnosticul diferențial. La bolnava prezentată a debutat la trei luni. Se insistă asupra celorlalte caractere diferențiale: localizarea erupției simetrice, palmo-plantară, tabloul morfologic este, în esență o hipercheratoză pronunțată, de colorație gălbuie și o zonă eritematoquasmoasă la periferie. Tablouri asemănătoare realizează: keratoderma blenoragică, profesională, arsenicală, psoriasisul palmo-plantar și sifilidele palmo-plantare.

6. Intern *Jecu Avram*, prezintă **Un caz de cancer al mamelei și un caz de cancer recidivă după Halsted**. E vorba de o bolnavă de 45 ani căreia de un an i-a apărut la nivelul mamei drepte un nodul aderent de tegumente ce a crescut treptat. Acum mamela dr. e de mărimea unui cap de făt. Tumora e aderentă de tegumente și de straturile profunde. Se vede mamelonul retractat, capitonajul semnul pliului (Forgue) aspect în piele de portocală. Semne subiective: dureri în axilă și braț. Radiografic se pun în evidență, în plămânul dr. doi noduli metastatici. În cazul de față nu se poate face decât tratament radioterapic, dat fiind metastazele din plămân.

În cazul al doilea e vorba de o femeie de 47 ani care a suferit operația Halsted, pentru cancer mamar și prezintă acum noduli canceroși la nivelul cicatricei și metastaze în ganglionii supraclaviculari.

Sedința V-a din 4 Aprilie 1944

Prezidează JECU AVRAM

1. Extern *Liviu Nossa*, vorbește despre **Migrațiunea dela sate la orașe**. În România există o supradensitate agricolă de 79,63 pe Km patrat de teren cultural (1,34 Ha. la un locuitor).

Se produce și este necesar să se producă o migrațiune care aduce la oraș elemente, biologic și spiritual, superioare. Orașul, însă, dovedește a fi un cimitir al valorilor naționale. Se propune deci:

- Crearea unei conștiințe demografice;
- Legi pentru moștenirea bunurilor, în raport cu natalitatea;
- Ridicarea standardului de viață al muncitorimii.

2. Extern *Cosma Augustin*, prezintă **Un caz de polinevrită**. După un debut insidios cu dureri în masele musculare s'au instalat: abolirea reflexelor, turburări motorii, turburări sensitive și turburări trofice, localizate pe tractul mai multor trunchiri nervoase. S'au adăugat turburări vasomotorii și turburări intelectuale. Diagnosticul diferențial se pune față de: paralizii centrale, radiculare, tabes. Se discută etiologia și tratamentul cazului prezentat.

3. Intern *Margareta Popescu*, prezintă **Un caz de sciatică**. Boala datează de doi ani. A debutat cu dureri în articulația tibio-tarsiană stg. iradiind pe partea posterioară a gambei, coapsei și reg. fesiere, rezistând tuturor tratamentelor încercate. Sunt prezente punctele dureroase ale lui Waleix, căderea plicei fesiere, scoliosa lombară. Se face dg. diferențial. Tratament: fizioterapie, radioterapie, medicamentos cu impletol.

Intern *Jecu Avram*, insistă asupra dg. dif. la bătrâni cu dureri date de compresii prin tumori pelviene, iar la tineri cu Morbul lui Pott. La tratament adaugă infiltrațiile cu novocaină la nivelul sciaticului, iar în cazuri rebele cu alcool perinervos.

4. Intern *Victor Coroianu* și Extern *Emil Gherman*, prezintă **Un caz de mixedem frust**. Internată în clinică pentru metro-rații, având 19 ani și o înălțime de numai 132 cm. prezintă semne de insuficiență tiroidiană: căderea părului, pielea uscată și aspră, facultățile intelectuale diminuate, somnolență, etc. Metabolismul bazal minus 19%; radiologic: șeaua turcească normală; electrocardiografic: semne de mixedem.

Se expune anatomia patologică, etiologia și patogenia bolii. Tratament: Extrase tiroidiene și din lobul posterior al hipofizei.

5. Asist. Dr. *Liviu Comes* și Extern *Mihaela Papilian* vorbesc despre **Un caz de calcul inclavat în coledoc și eliminat prin tratament medicamentos**. După considerațiuni istorice, se amintește conduita terapeutică actuală și se descrie metoda preconizată de Prof. Hoff. Ea este indicată când numărul și dimensiunile calculilor sunt reduse și în deosebi în caz de calcul inclavat în coledoc. Se administrează scopolamină și hipofizină, untdelemn și un purgativ (sare amară). Se descrie evoluția unui caz de litiază biliară, care, în urma unor crize dureroase subintraante, a prezentat un icter, dovedit a fi prin inclavarea unui calcul în coledoc. Se aplică tratamentul profesorului Hoff prin care calculul a fost eliminat, sensibilitatea coledociană și icterul au dispărut după câteva zile.

Extern *Aleman* spune că acest tratament nu reușește să vindece litiaza ci doar să elimine calculul inclavat.

6. Extern *Pană Constantin* prezintă **Două cazuri de sarcom al maxilarului superior drept**. Se prezintă un bărbat de 42 ani și o femeie de 22 ani. În antecedente traumatisme. Evoluția rapidă; îngroșarea gingiei, căderea spontană a dinților, prinderea vestibulului, regiunii palatine, a oaselor nasale și în acuitatea vizuală. Dg. dif. cu tumori benigne (Evoluția) epiteliome (examen histo-patologic). Tratament: excizia atipică a maxilarului superior, după ligatura carotidei externe, aplicarea protezei provizorii și după cicatrizare, aplicarea protezei definitive.

7. Asist. Dr. *Gheorghina Stoian*, Dr. *Ilie Neamțu* și Intern *Jecu Avram*, prezintă **Un caz de sifilom gigant al buzei in-**

ferioare cu exantem generalizat maculopapulos. Bolnava trecând din serviciu, în serviciu, e îndrumată la Institutul de Cancer, cu diagnosticul de cancer al buzei inf. Deoarece debutul a fost numai cu 7 săptămâni înainte, leziunea, exagerat de mare dela nivelul buzei, nu pledează pentru evoluția unui cancer.

Adenopatia, nedureroasă, submaxilar bilateral, aflegmatică, foarte pronunțată nu survine atât de rapid în cancer. La examenul general se constată un exantem maculopapulos tipic pentru lues secundar. Reacția Wassermann intens pozitivă, a confirmat diagnosticul clinic.

Revista cărților

Chirurgie semiotică, clinică, terapeutică. Clinică chirurgicală generală. Volum I. Fascicola II-a, de Prof. Dr. I. Iacobovici în colaborare cu Dr. I. Porumbaru și Dr. C. Crăciunescu. Format mare, 474 pagini. Editura „Socec” București 1944.

Apariția atât de promptă a fasciculei a doua încheie primul volum al tratatului de chirurgie, conceput și înălțat de Profesorul Iacobovici. În această fascicolă găsim un număr de patru capitole ce completează pe cele precedente, cuprinzând infecțiunile acute specifice, cronice și micozice chirurgicale, traumatismele și tumorile.

În primul capitol sunt descrise infecțiunile cu microbi anaerobi, iar în cel următor infecțiunile cronice specifice. Toate acestea sunt expuse cu un lux de amănunte, documentate printr'un material clinic foarte bogat, ce rezultă dintr'o experiență îndelungată a autorului.

Capitolul al treilea cuprinde traumatismele, arsurile și congelările, bucurându-se de o dezvoltare mai amplă plăgile de război. Acest capitol ce conține problema de actualitate arzătoare, pune într'o lumină clară această parte a chirurgiei de război, fiindcă Profesorul Iacobovici, care a activat atât de intens pe teren

sânitar în ultimele trei războaie, a trăit fiecare afecțiune dintre cele expuse.

Fascicola se încheie cu capitolul tumorilor. Aici găsim, pe lângă o expunere completă clinică, și o clasificare prețioasă anatomică, din care se reoaglindește concepția diferitelor anatomo-patologice române și străine de a grupa numărul enorm de tumori.

Și această fascicolă, ca și cea precedentă, dă dovada unui înalt spirit științific al autorilor în alcătuirea acestui tratat de chirurgie. Acest spirit se caracterizează printr'o bogăție de materiale, printr'o exactitate în expunere și mai ales prin grija de a pune la îndemâna cititorului toate elementele recente ale problemelor tratate în volum, până la zi, căutând să așeze pe primul plan toată experiența lor personală, împreună cu a unui număr foarte mare de autori români.

Volumul Domnului Profesor Iacobovici, în urma bogăției de cunoștințe, a stilului limpede și a limbii curate în care este scris, e de un real folos atât chirurgului specializat, medicului universal practicant, cât și studentului în medicină. Prin înalta sa valoare științifică, el trebuie să înlocuiască în mâna medicului român oricare tratat străin de chirurgie generală.

Prof. Dr. Al. Pop

Note și informațiuni

În Mon. Oficial Nr. 94 din 22 Aprilie 1944, s'a publicat tabloul taxelor fixate de Minister pentru asistența medicală la spitalele, sanatoriile și așezămintele ministerului, începând cu 1 Aprilie 1944.

În Mon. Oficial Nr. 102 din 2 Mai 1944, s'a publicat Decizia de interzicere a farmaciștilor concesiionari de a închide sau părăsi farmacia concesionată.

Mișcarea în personal: Dr. Graepel Claudiu, medic provizoriu al circ. Sacoșul Turcesc, jud. Timiș,

se transferă în aceeași calitate la circ. Morțfeld din același județ.

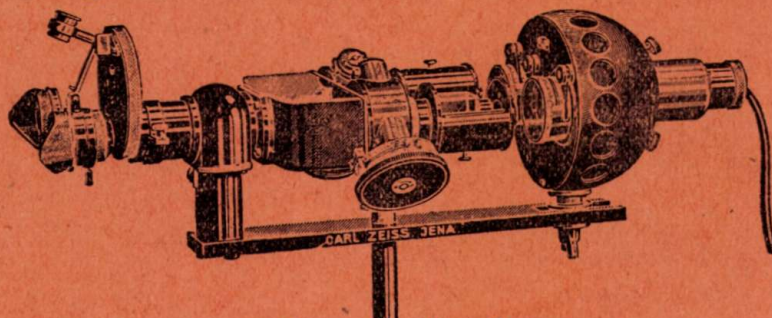
Dr. Teohari Petre, medic provizoriu al circ. Băneasa din București se detașează provizoriu la circ. Sacoșul Turcesc, jud. Timiș.

Dr. Mihail Mătarângă, medic al circ. Moldova Nouă, județul Caraș, pensionat și Dr. Szica Ion, medic al circ. Lovrin, jud. Timiș, se mențin în continuare de serviciu în funcțiunile pe care le-au ocupat.

Substanțele biologice importante

din umorile organismului, se pot determina cantitativ — aproape toate —
pe calea colorimetriei absolute cu

ZEISS FOTOMETRU PULFRICH



Avantaje:

1. Suprimarea soluțiilor etalon.
2. Sensibilitate mare.
3. Mănuire simplă și rapidă.

Informațiuni și cataloage gratuite dela
CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România:

Societatea Anonimă de Agentură - Comision - Import fost Otto & Alfred Herzog
București I, Bulevardul Carol I, 48



Baza biologică
a rezistenței
în
TUBERCULOZE

Cholibiol

FOST BIOCHOLINE

CHLORHYDRATE DE CHOLINE R. & C.
pentru injecții subcutanate.

După lucrările: Prof. J. CARLES și Dr. F. LEURET

Singurul preparat sub controlul fiziologic și terapeutic al autorilor

Laboratoarele: **ROBERT & CARRIÈRE**

— 1, Avenue de Villars. — PARIS (VII-e) —

DEPOZIT PERMANENT: „DROGUERIA STANDARD” S.A.R., BUCUREȘTI I, SF. IONICĂ, 8

**In reumatisme, nevralgii, nefrite, calculi renali,
artrite**

SALITINOL

Fiole

Soluție stabilă și complet indoloră de:

Fenilchinolincarbonat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de Sodiu 0,50 gr.

Anestezin 0,03 gr.

Injectiuni intramusculare și intravenoase.

SALITINOL

Granule

**Lithium salicilic - Piperazină - Lithium
Benzoic - Hexametilentetramina**

SALITINOL

Pomadă

Metoxyl Anestezină Acid Salicilic - Lanolină

Produse Farmaceutice „GALENO“

Reprezentanța pentru România

„FARMACOPEDIA“, București, Telefon 5.58.35, Reg. Com. 263/937

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. M. Hângănuș, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Teșosu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

Un antidiareic politrop în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând, „Aplona”, lipsită de inconveniente ale mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

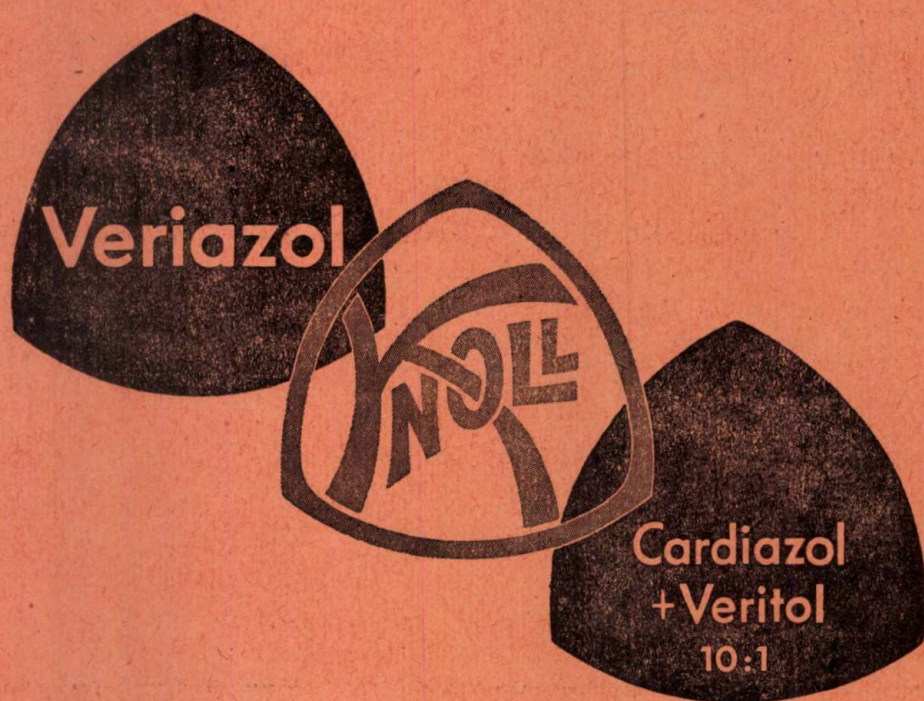
dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează
peristaltismul intestinal.



„Rhenania” Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S.A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.



Analeptic

cu acțiune centrală mărită și acțiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maldiilor infecțioase, în intoxicații, pre- și post-operator, în stările de epuizare, în convalescență, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză;
intoxicații,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr. -

Tablete: Tuburi de 10 buc.

Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
”	0,10/2 ”	—	” ” 5 ”
”	0,50/5 ”	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

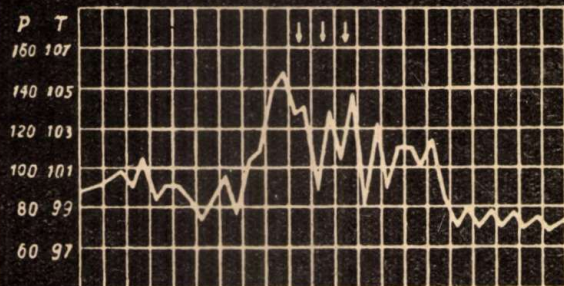
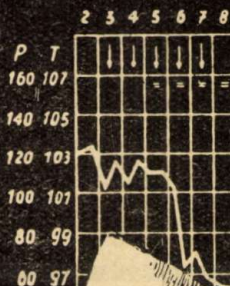
Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
”	0,005/1 ”	—	” ” 6 ”
”	0,025/1 ”	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihydrofoliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	” ” 6 ”	1 ”
”	50.000 .U. I.	” ” 3 ”	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
 SPLAIUL UNIRII 27 TELEFON: 4-22-44

*Avort febril**Erisipel*

Prontosil

În toate **infecțiunile streptococice**. Activ
și în infecțiunile stafilococice și colibacilare.

Important, în erisipel, angină, septicemie
post partum, avort septic, artrite infecțioase,
cistite și pielite.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei
Asigurărilor Sociale în România

» *Bayer* «



LEVERKUSEN

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Medicină de războiu :

Prof. Dr. Marius Sturza: Fizioterapia în războiu	Pag. 293
Medic Major Prof. C. Tătaru și Medic. Lt. Dr. L. Modran: Considerațiuni asupra congelărilor observate în actualul războiu	" 297

Articole științifice :

Prof. Dr. C. I. Urechia și Dr. Leonida Dragomir: Mielită în urma unei injecțiuni de neosalvarsan	" 300
G. Buzoianu, G. Popovici, M. Iubu: Timpanotomia atrio-aticală	" 301
Dr. E. Degan, Dr. C. Meșianu și Dr. O. Munteanu: Considerațiuni clinice și patogenetice asupra „Basedow-ului gras“, în legătură cu două cazuri	" 305
Dr. Ștefan Gârbea: Adenoidita acută prelungită	" 308
Dr. C. Meșianu, Dr. O. Munteanu și Dr. G. Faur: Alergia și sindromul ipoglicemic în trichinoză	" 310
Gr. Benetato, I. Baciș și L. Vlad: Sistemul nervos central și funcțiunea de apărare	" 317

Probleme terapeutice :

Dr. C. Giuglea și Dr. C. Dumitru: Prevenirea și tratamentul stării de precolaps și colaps din tifusul exantematic	" 324
Dr. Oct. Borcoman și Dr. A. T. Dumitrescu: Pneumotoracele artificial în secția de boli pulmonare a Spitalului militar din Sibiu	" 327
Dr. Gh. A. Dobrescu — Medic secundar: Disocierea fenomenelor clinice și radiologice în pneumoniile tratate cu sulfamide	" 329

Medicină socială :

Dr. Alexandru Motogna, Medic Dermato-Venerolog și Dr. Aurel Botiș, Medic Șef al Casei: Afecțiuni cutanate de natură profesională	" 330
--	-------

Societăți medicale	" 334
------------------------------	-------

Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu — Reuniunea Anatomică.

Revista revistelor :	" 338
--------------------------------	-------

Note și informațiuni	" 340
--------------------------------	-------

Decrete—Deciziuni.

BIOLACTYL

PREZENTARE: 1. Cultură lichidă (cutii cu 1 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

Indicațiuni Principale

Putrefacțiile intestinale și auto-intoxicațiile secundare

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicații, amețeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc., și în sfârșit colibacilozele.

Indicațiuni Secundare

Afecțiuni ginecologice:

Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehoză sau nașteri grele. - Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuințare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecțiuni urologice: În cistite; instilațiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: În pansamente umede BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

Modul de întrebuințare :

CULTURA LICHIDĂ: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $\frac{1}{2}$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATĂ:** 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și Literatură :

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREȘTI III. Telefon 13815.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Medicină de războiu

Fizioterapia în războiu

de

Prof. Dr. Marius Sturza

Alături de chirurgia operatorie și ortopedică, fizioterapia îi revine, incontestabil, rolul cel mai important în tratamentul bolnavilor și răniților din războiu. Acest fapt a produs încă în războiul mondial trecut, — când fizioterapia începuse a ajunge deja la un nivel științific avansat, — o organizație specială de tratament în toate statele beligerante mai progresate, de care au beneficiat în mare măsură cei cari și-au expus viața pentru patrie, în același timp însă și statele care pe urma acestor organizații, prin care s'au vindecat complet o sumedenie de răniți, au putut cruța sute de milioane în contul rentelor invalizilor de războiu.

De atunci fizioterapia a realizat progrese și mai mari, astfel încât ni se pare natural, că toate țările cari participă azi la această încheștare mondială, să profite în măsură cât mai mare de arsenalul curativ pe care-l oferă răniților și bolnavilor fizioterapia. Literatura medicală actuală de războiu nu ne prezintă încă o revizuire mai precisă asupra ansamblului organizației fizioterapeutice în diferite țări, cu toate acestea suntem în stare să presupunem, că ea merge paralel cu nivelul cultural și de civilizație al fiecărei țări.

Când ne-am hotărât să ne ocupăm și noi de această problemă, am făcut-o cu gândul și cu intenția să punem și la noi în țară tot mai mult fizioterapia în serviciul răniților, cari merită să fie considerați azi pe primul plan.

Domeniul fizioterapiei este azi atât de vast și complex încât ne oferă nenumărate proceduri dintre cari multe cu efecte similare; totuși nuanțarea lor ne permite o individualizare mai fină. Unii dintre fizioterapeuți întrebuițează de preferință anumite metode, alții altele. În cele următoare am căutat să fim destul de concisi, dar și destul de compleți în expunerile noastre; am preferat însă și noi anumite metode de tratament, cari după o experiență de 40 ani, de când profesăm această specialitate, ni s'au dovedit mai eficace și pe care le-am putut experimenta în deosebi în războiul mondial trecut. Ne dăm seama totuși că cele spuse nu vor fi totdeauna deplin înțelese, pentru că lipsesc în unele privințe

detaliurile cu privire la executarea procedurilor, lipsesc clișee cari să evidențieze mai clar în ce poziție și în ce mod se aplică mai eficace anumite proceduri. În privința aceasta trebuie să ne referim la literatura de specialitate și să rugăm să se considere că în timpurile actuale ar fi greu să publicăm o asemenea lucrare completă care ar da un volum de mai multe sute de pagini, ceea ce ar trece peste puterile noastre materiale.

Pentru o mai bună orientare, am explicat aproape la fiecare capitol modul de acțiune a respectivei ramuri a fizioterapiei spre a evita repetiții în cursul expunerilor ulterioare.

Când avem să tratăm un rănit de războiu trebuie să avem în vedere nu numai leziunea sau leziunile cari le prezintă, ci *organismul întreg, omul întreg, constituția lui fizică și psihică*. Altfel vom trata, fiind atinsă de aceleași leziuni, o persoană robustă și plentorică, altfel una slabă și anemică. Cu alte mijloace ne vom apropia de o constituție torpidă astenică, cu altele de una eretică. Starea psihică, care încă suferă mult la răniți, ne va indica adeseori o metodă terapeutică mai precaută, altădată una mai energică și consecventă. Va trebui să ținem cont și de *infecțiunile cronice* de cari poate suferi concomitent pacientul, cum este *sifilisul, tuberculoza, focare infecțioase*, etc. Cu un cuvânt vom face totdeauna, concomitent cu tratamentul local, și un *tratament constituțional*; astfel vom ajunge mai repede la vință.

Căile pe care le urmărim nu sunt totdeauna ușoare și nici de scurtă durată în opoziție cu cele ale chirurgiei operatorii. O răbdare mare trebuie să ne stăpânească timp îndelungat și un optimism fără margini; înzestrați însă cu aceste două calități vom atinge câteodată succese nebănuite.

Încă o condiție importantă când preconizăm și aplicăm tratamentul fizioterapeutic al leziunilor din războiu: să aprofundăm din nou anatomia descriptivă și topografică în special a sistemului osos, muscular și nervos; să repetăm puțin neurologia și să căutăm să fim stăpâni pe reacția de degenerescență. Aceste premise in-

deplinite, activitatea noastră va fi mult ușurată și vom putea porni cu încredere la muncă.

Răniile de războiu pot atinge toate organele și toate țesuturile corpului uman. Ele pot altera pielea, țesutul interstițial, musculatura, vasele, organele parenchimatoase, sistemul osos, cu și fără articulații, sistemul nervos central și periferic, simpatic și parasimpatic și glandele endocrine. Gravitatea leziunii depinde de importanța vitală a organului atins și de destrucțiunile produse. Destrucțiunea are drept urmare o pierdere de substanță care numai rar este substituită prin țesutul original al organului; în cele mai multe cazuri substituirea se face printr'un țesut specific cicatricial, pe care-l întâlnim și trebuie să-l considerăm în toate aplicațiunile fizioterapeutice.

Pentru o mai bună reprivire vom trata, în cele următoare, mai întâi leziunile *cavităților* principale ale organismului: *cavitatea toracică, abdominală, craniană, rachidiană și pelviană*, indicând metodele mai importante fizioterapeutice, iar pentru *extremități* vom urma metoda inversă trecând în revistă *ramurile principale ale fizioterapiei* cu aplicațiunea lor asupra diferitelor leziuni ale extremităților. Acest procedeu îl urmăm din punct de vedere *pur practic* în convingerea că astfel vom putea oferi o reprivire mai clară asupra materialului complex de care vom să ne ocupăm.

Partea I.

Leziunile cavității toracice

Pot să atingă cordul, vasele mari și atunci sunt mortale. Leziunile pulmonului, ale pleurei și pericardului pot să dea complicațiuni grave, nu trebuie să fie însă totdeauna fatale; numai acestea intră în cadrul preocupărilor noastre.

Ajutorul prim, cu pansarea externă a plăgii, oferă dela început și o imobilizare protectoare a toracelui, ceea ce e de mare folos și pentru leziunea internă. Fizioterapia intră în acțiune abia din moment ce primejdia hemoragiei interne este înlăturată. Faza primă a tratamentului este aceeași, fie că este lezat pulmonul, pleura ori pericardul și constă în *comprese Priessnitz la trunchi*, deasupra cărora putem aplica la început punga cu gheață sau hidroforul pe locul unde bănuim hemoragia. Aceste comprese sunt foarte blânde, pentru că calmează durerile, stimulează acțiunea inimii și prin aceasta circulațiunea, asigură imobilizarea, comprimă locul lezat, reducând în același timp excursiunile respiratoriilor și favorizând formarea de aderențe. Ele pot fi aplicate deasupra pansamentelor obișnuite fără pericol de infecțiune. Iată ce primejdia hemoragiei a diminuat, renunțăm la punga cu gheață și continuăm cu comprese Priessnitz simple, pe care le schimbăm tot la 3—4 ore. Notăm, că schimbarea acestor comprese se poate face fără efort și primejdie pentru bolnav, dacă cunoaștem tehnica simplă a acestor aplicațiuni; după ce am ridicat bolnavul, așezăm partea uscată a compreselor și peste ea partea umedă pe pat

și după aceasta culcăm bolnavul pe compresa umedă înfășurând apoi ambele în jurul toracelui. La caz că starea bolnavului nu permite nici această mobilizare, aplicăm compresa Priessnitz numai pe părțile anterioare și laterale ale toracelui, schimbându-o după cum cere necesitatea.

Începând procesul de resorbțiune a hematomului, continuăm cu compresele Priessnitz aplicând însă asupra lor, pe părțile laterale, termofore sau sticle calde timp de 1—2 ore pe zi. Prin aceasta favorizăm rezorbțiunea și în același timp calmăm eventualele dureri care persistă. Fînd bine suportate și aceste proceduri și nemai avînd bolnavul temperaturi urcate, trecem la proceduri rezorbante mai intensive întrebunînd lampa Vitalux, Sollux și apoi cutiile cu becuri electrice sau aer cald, urmate de spălări și la fine diatermie și unde scurte. Hemoragiile intrapulmonare și inflamațiunile consecutive leziunilor se rezorbă de cele mai multeori repede; mai încet se produce rezorbțiunea hematoracelui și a exudațiilor pleurale și mai mult întârzie cea a hematoricardului și a pericarditelor exudative, dacă aceste din urmă nu sunt dintr'un început fatale. Adeseori am putut obține în cursul unei rezorbțiuni retardate un progres mai repede printr'o vibrațiune a părții toracale inferioare sau cu aparatul de vibrațiune sau printr'o vibrațiune manuală bine aplicată, făcînd uz de aceasta la început, la interval de 2 zile și apoi zilnic, timp de 5—10 minute. Vom putea combina această metodă și cu fricțiuni și masaj ale spatelui cu săpun de potasiu. De cele mai multeori avem de înregistrat după toate revărsările de lichid în cavitatea toracală aderențe mai mult sau mai puțin extinse; de aceea este important ca din momentul ce observăm că rezorbțiunea decurge într'un ritm normal, să stimulăm totodată și excursiunile respiratoriilor ale toracelui pentru ca să evităm pentru mai târziu aderențe prea mari. *Gimnastica de respirație* este aici cea mai indicată și trebuie să fie aplicată la sfârșitul oricărui tratament al leziunilor cavității toracice, fie că au fost atinși numai pulmonii, fie că a suferit și pleura ori pericardul. La caz că aderențele privesc mai mult partea superioară a toracelui, vom forța respirația toracală; la caz că ele ating mai mult bazele pulmonilor, vom căuta să angajăm la respirație mai mult diafragma, insistînd pentru o respirație abdominală. Asupra tehnicilor de respirație vom reveni când ne vom ocupa de tehnica gimnasticii.

Toate leziunile cavității toracice produc o debilitate și o anemie mai mult sau mai puțin pronunțată. Iată ce starea bolnavului permite, vom face uz de diverse proceduri fizioterapeutice pentru a combate aceste simptome. Vom întrebunța spre acest scop în primul rând razele ultraviolete cu lampa Kandem, apoi Kadmium și la fine lampa de Quarz, aplicînd în același timp fricțiuni parțiale cu alcool, oțet și alte

substanțe aromatice. Toate acestea stimulează nu numai înmulțirea globulelor roșii, ci și circulația periferică și tonusul muscular, astfel încât atunci când bolnavul ajunge să poată părăsi patul, el este mai mult sau mai puțin recomfortat.

Dacă vom și putem să completăm pe deplin cura fizioterapeutică, vom trimite pe convalescenții debilitați după lezuni ale cavității toracice la băi sărate, la ape feruginoase arsenicoase și calcice, la climă sub-alpină sau alpină și la mare, recomandând helioterapia. Reeducarea respirației, tonizarea generală și în special a musculaturii și a sistemului nervos se produce de la sine prin acțiunile balneo-climatice în aceste stațiuni.

Lesiunile cavității abdominale

Sunt, de cele mai multeori, tot atât de grave ca și cele ale cavității toracice. *Intervenția chirurgului este primordială*, fizioterapeutul intră în acțiune abia după ce chirurgul și-a terminat misionul.

Compresele abdominale Priessnitz combinate cu punga cu gheață sunt indicate în toate leziunile abdomenului asociate cu hemoragii. Ele imobilizează organele abdominale, favorizează formarea de aderențe și diminuează eventualele hemoragii prin vaso-constricțiunea, pe care o produc. Ne vom feri însă de orice intervenție fizioterapeutică până ce nu ne-am convins că stomacul sau intestinul nu sunt lezate. Ceea ce avem de combătut ca urmări ale leziunilor abdominale sunt *exudațiunile* și *aderențele* produse între diferitele organe: intestin, stomac, vezică biliară, ficat, splină, pancreas și urmările acestora; *stenozele*, *atoniile* și *stările spastice*. Tratamentul inițial trebuie să fie cât se poate de precaut. Vom întrebuința la început *compresele cingătoare Priessnitz* care calmează durerile, stimulează peristaltismul și ameliorează circulația abdominală înlăturând stazele. Este recomandabil ca aceste cingătoare Priessnitz să fie aplicate și după ce bolnavul părăsește patul și poate face plimbări mai mici. După întrebuințarea acestor comprese vom trece la compresele cu termofor asupra regiunii unde bănuim încă resturi de exudațiune și de aderențe mai extinse. Mai bine decât compresele cu termofor acționează *cataplasmele cu sămânță de in*, *cu mămligă* sau *cu țărâțe muiate*, calde. Fiind bolnavul cel puțin 2 săptămâni afebril vom trece la *băile locale cu aer cald*, *cu aburi* și *cu becuri electrice* deasupra abdomenului și, fiind și acestea bine suportate, vom trece mai întâi la *băi de șezut ascendente* de la 35—40° C. timp de 20—25 minute, apoi la *diatermie* și la *unde scurte*.

Prin tratamentul acesta ajungem de obicei la o rezorbțiune completă a reziduelor de peritonită și la o relaxare a bridelor și aderențelor. Acestea din urmă

provoacă adeseori dureri, îndeosebi când pasajul intestinului este îngreunat. Radiografia ne informează precis asupra cauzelor acestor inconveniente; la tot cazul ținem indicat înaintea unei noi intervenții chirurgicale să facem uz, pe lângă termo-terapia menționată, și de *masajul abdominal*. Acest masaj are o tehnică specială de care ne vom ocupa mai jos; pe lângă această tehnică care tinde la o reeducare a funcțiunii intestinale, la înlăturarea pletorei și a stazelor abdominale, va trebui să acționăm în special asupra regiunii unde radiografia ne indică prezența aderențelor. Această regiune trebuie masată *de mâna medicului* și nu a unui maseur oarecare — *cu precauțiune* și *pricepere*. Vom face uz de un *effleurage centrifugal* de la aderențe și de *vibrațiunea profundă* executată de degetele medicului care palpează în același timp ceea ce are de masat. Noi am avut ocazia, în războiul mondial trecut, să tratăm cu succes, prin *termo-terapie* și *masaj*, multe aderențe și deformațiuni intestinale, înlăturând durerile și readucând intestinul la funcțiunea sa normală.

Din domeniul *balneo-terapiei* vom întrebuința, pentru reeducarea intestinului după leziuni, cu succes, *apele sulfatate sodice* și *magneziene*, dar numai după ce vom ști că pasajul intestinal este intact, pentru că de altfel putem expune bolnavul la spasme intestinale foarte dureroase și eventual și la invaginațiuni și incarcerationi intestinale. Pe lângă acestea, *băile sărate*, *compresele* și *împachetările cu nămol*, ne vor da rezultatele cele mai satisfăcătoare.

Lesiunile cavității pelviane

Aceasta este rareori lezată prin arme de foc fără să fie atinse în același timp și oasele basinelui; asupra acestor leziuni vom reveni încă. Totuși putem observa câteodată *procese descendente infecțioase* din cavitatea abdominală precum și leziuni *rectale* și *vezicale* produse de proiectile. După intervenția chirurgicală necesară, trebuiesc tratate, adeseori, *periproctitele*, *prostatitele* apoi *aderențele vezicale* și *perirectale* precum și *stenozele rectale* provenite din leziuni. Ca antispasmodice, sedative și ca rezorbante sunt recomandabile, în asemenea cazuri, băile de șezut calde de 36—37° C. 15—20 minute; cele ascendente de la 36—41° C. 20—25 minute, odată până de 2 ori la zi; apoi *cutiile cu becuri electrice* sau *aer cald* și în fine tratamentul cu *unde scurte*, care dă rezultatele cele mai bune. În procesele prostatice și perirectale vom întrebuința cu succes și *aparatură Atzberger* la temperatura de 40—42° C. 1/2 oră zilnic. Aderențele perirectale și peri-vezicale le combatem, pe lângă metodele menționate, cu *masaj rectal intern*, iar pentru stricturi întrebuințăm *sondele rectale*.

Lesiunile cavității craniene și a canalului rachidian

Tratamentul fizioterapeutic al *cavității craniene și al canalului rachidian la răniții din războiu* este redus față de progresele enorme ale chirurgiei craniene. Abia după terminarea războiului, vom putea avea o privire definitivă asupra prestațiilor neașteptate ale chirurgiei creierului și a măduvei spinale. *Leziunile meningelor* produc, de obicei, dela început dureri mari și aceste dureri se mențin de multeori și după cicatrizarea completă, cu și fără aderențe. *Leziunile substanței nervoase a creierului*, în general, nu sunt dureroase, iar cele ale *măduvei* depind, cu privire la dureri, de localizarea leziunii. Orice leziune a substanței nervoase centrale se protejează însă la periferie, în diferite organe, ca defecte organice mai mult sau mai puțin pronunțate, în special *pareze, paralizii, contracturi, turburări sensitive, senzoriale și vaso-motorii*. Acestea toate formează domeniul tratamentului fizioterapeutic. Cefaleele meningeale răspund, la început, mai bine la răceală în formă de comprese sau câști de pânză rece, iar după mai multe săptămâni, la căldură, pe care o aplicăm mai avantajos în formă de comprese cu termofor. Nu trebuie să uităm că tratamentul cu *raze Roentgen* al acestor cefalee traumatice dă de multeori rezultate surprinzătoare. Termopenetrațiunea cu *unde scurte* nu este recomandabilă în primele luni ale traumatismului endocranial, ci se poate încerca abia mai târziu când poate să dea rezultate satisfăcătoare. Procedurile decongestionante ca aplicatiunea de *lipitori* în regiunea mastoidă, *masajul regiunii frontale, mastoidene și occipitale* precum și *băile alternante și ascendente de picioare*, încă au adeseori efecte bune; toate acestea sunt decongestionante și favorizează mai mult sau mai puțin indirect procesele involutive la locul traumatismului.

Leziunile cerebrale și ale măduvei vor fi tratate local abia după vindecarea craniului și a vertebrelor, pe când tratamentul *paralizilor, alparezelor și contracturilor* periferice poate fi început îndată ce bolnavul și-a revenit la conștiință și starea lui generală permite oarecare locomotivă. După vindecarea craniului, aplicarea *curentului galvanic* este indicat în primul rând în leziunile traumatice ale creierului și a măduvei. El influențează nu numai circulațiunea ci și procesele osmotice și migrațiunea ionilor în terenul lezat și astfel contribuie la o resorbțiune mai amplă și la stimularea metabolismului celulelor lezate și prin aceasta la refacerea lor mai grabnică. Vom aplica cu-

rentul galvanic totdeauna astfel, ca el să pătrundă prin terenul lezat sau în direcție sagitală sau transversală. Vom plasa deci electrozii în direcția fronto-occipitală, sau deasupra orbitelor și a foselor auriculo-mastoidale în direcție antero-posterioară sau bi-temporal și prin squama oaselor temporale. Fără a fi aplicat la periferie nici un tratament, observăm adeseori prin întrebunțarea aceasta a curentului galvanic un progres vădit nu numai cu privire la starea subiectivă (cefalee, amețeli, grețuri), ci și cu privire la mișcările membrilor. Aplicațiunea electrozilor asupra măduvei spinale se face de obicei în formă de galvanizare transversală plasând un electrod la nivelul leziunii și lăsând să treacă curentul transversal prin col, torace, abdomen, sau bazin la electrodul fixat la înălțimea corespunzătoare a toracelui sau abdomenului. Numai rar facem uz de o galvanizare longitudinală fixând un electrod la ceafă, iar celălalt sub locul leziunii.

Pentru a facilita revenirea grabnică a membrilor paralizate vom împreuna galvanizarea creierului sau a măduvei spinale cu *galvano-faradizarea, faradizarea crescândă, decrescândă și întreruptă* și cu *masajul membrilor atinse*, urmate de mișcări pasive și active și de băi kineto-terapeutice. Prin aceasta potențăm tonusul muscular, combatem atrofiile și contracturile existente, apoi turburările circulației și redăm mai îngrabă organele periferice funcțiunii lor.

La acest loc nu am voi să trecem cu vederea *tratamentul ipertermic al paralizilor spastice și atonice* provenite din leziuni centrale ale creierului și măduvei. Pornind din experiențele favorabile câștigate cu procedurile *ipertermice (diatermie generală, cu unde scurte generale, băi calde ascendente)* în scleroza în plăci, în paralizii infantile, în emiplegii, ne-am gândit la întrebunțarea *ipertermiei* și în urmările traumatismelor de război ale sistemului nervos central. Rezultatele obținute de noi în câteva cazuri (hemiplegii traumatice, leziuni ale cordonului piramidal din măduvă) sunt foarte încurajatoare și nu putem decât să recomandăm acest fel de tratament în cazuri analoge. Noi am întrebunțat numai într'un caz *ipertermia* cu unde scurte; încolo am făcut uz de băile generale ascendente (dela 36 la 41-42° C. cu durata de 30-80 minute urmate de împachetări uscate de 60-90 minute atingând temperaturi sublinguale de 38.5-40° C. Soldații tineri, și de altfel sănătoși, au suportat aceste proceduri fără inconveniente.

(Va urma).

Considerațiuni asupra congealațiilor observate în actualul războiu

de

Medic Major Prof. Dr. C. Tătaru și Medic Locot. Dr. L. Modran

Războiul actual datorită asprilor climelor din teritoriile rusești, unde el a fost purtat și faptul, că iarna anului 1941—42 a fost de o asprime neobișnuită nici chiar pentru condițiile climatice din Rusia, a făcut ca problema degerăturilor să fie pusă pe primul plan de către Statele Majore și Serviciile Sanitare ale beligeranților. România luând parte în mod total la actualul războiu din răsărit, problema degerăturilor s'a impus și serviciul nostru sanitar militar cu toată trăsura și imperioasă ei realitate.

În serviciul dermatologic al Spitalului Militar din Sibiu au fost internați un număr mare de degerați, dintre care ținem să expunem câteva cazuri mai interesante internate în ultimul timp și din a căror observațiune, am crezut de bine a trage câteva concluzii de o importanță practică de primul ordin în combaterea degerăturilor și în consecință pentru menținerea puterii combatante a trupelor.

Cazul I. Sold. C. C. ctg. 1931 din Centrul de Instrucție al Infanteriei Făgăraș, a intrat în Spitalul Militar din Sibiu la 28 Ianuarie 1943.

Istoricul boalei: În ziua de 10 Ianuarie la prins viscolul pe drum, era într-o căruță; avea opinci în picioare și căciula în cap, în mâni avea mănuși, însă pe cea dreaptă și-a pierdut-o.

Starea prezentă: Mâna dreaptă e edematiată și ușor cianotică. Degetele I-II-III puternic tumefiate și sensibile la palpație în special la nivelul vârfurilor. La nivelul degetului IV pe partea palmară bule întinse. Pe partea dorsală și internă tegumentele superficiale sunt desprinse în urma bulei care s'a deschis. Degetul mic edematiat cu lipsa straturilor superficiale ale pielii în urma deschiderii bulei, care-l ocupa în întregime. La rădăcina degetului o ulceratiune superficială. Pe fața palmară și externă lângă articulația metacarpo-falangiană tegumentele sunt mortificate; unghia acestui deget lipsește. La nivelul degetului mic dela mâna stângă o bulă de culoare albă murdară.

Diagnostic: Congelație gradul I-II-III a mânilor.

Din cazul de față ținem să remarcăm două fapte: 1. rolul mare pe care-l joacă în producerea degerăturilor pe lângă frig și viscolul; 2. Opinca, — tradiționala noastră încălțăminte, — e superioară bocancului în acțiunea protectoare contra frigului.

Cazul II. Sold. C. Traian, ctg. 1942, Centrul de Instrucție al Cavaleriei Sibiu, a intrat în Spitalul Militar la 28 Ianuarie 1943.

Istoricul boalei: Fiind ca șofer pe front a degerat în ziua de 24 Decembrie 1942. A fost internat în spital la Tiraspol, de unde l-a evacuat în țară. Este rănit la degetul index dela mâna stângă. De patru ani acuză dureri reumatice.

Starea prezentă: Pe ambele regiuni calcaneene prezintă două bule profunde.

Diagnostic: Congelație gradul II la călcăie.

La cazul acesta ținem să remarcăm două fapte: 1. Avea bocancii rupți la talpă și deci reiese că încălțăminte deteriorată joacă un rol favorizant în producerea degerăturilor; 2. Deși de-

gerăturile se produc în mod obișnuit la nivelul degetelor, în cazul de față ele s'au produs la nivelul călcăielor, datorită faptului că ocupația lui de șofer, l-a făcut să stea în mașină mai mult în călcăie, în momentul când s'a produs congealația.

Cazul III. Sold. T. Pavel, ctg. 1942, din reg. 3 C. F. R. a intrat în Spitalul Militar la 13 Ianuarie 1943.

Antecedente personale și istoricul boalei: Prezintă o iperidroză palmo-plantară. Înainte cu 3 zile de intrare în spital a degerat pe câmpul de instrucție, avea bocancii strâmți și purta ciorapi de bumbac. În mâna dreaptă nu avea mănuși.

Starea prezentă: Măinile și picioarele sunt edematiate, cianotice și degetele sunt reci. Policele și degetul mic dela mâna dreaptă ultima falangă au o culoare albă-violacee. Degetele dela ambele picioare sunt edematiate, au o culoare violacee, iar unghiile prezintă pete albastre.

Diagnostic: Congelație gradul I-II-III la ambele picioare și mâna dreaptă.

La cazul de față ținem să remarcăm următoarele fapte: 1. Iperidroză palmo-plantară este o infirmitate, care favorizează foarte mult congealațiile, fiind știut că frigul umed e mai periculos decât cel uscat și că evaporarea sudorii se face în deficitul unei pierderi de căldură; 2. Încălțăminte strâmtă favorizează congealațiile, deoarece nu permite mișcări ale degetelor și îngreuează circulația sanguină la nivelul picioarelor; 3. Imbrăcămintea insuficientă a picioarelor (ciorapi de bumbac) și mâinilor (lipsa mănușilor) favorizează producerea degerăturilor, deoarece permite ca aceste regiuni să piardă o mai mare cantitate de căldură.

Cazul IV. Sold. C. Nicolae, ctg. 1941 din reg. 3 C. F. R. a intrat în Spitalul Militar la 28 Ianuarie 1943.

Antecedente personale și istoricul boalei: A degerat în ziua de 12 Ianuarie 1943, avea încălțăminte strâmtă și ciorapi de bumbac. Acuză dureri la nivelul piciorului drept.

Starea prezentă: Gamba și piciorul drept edematiat și cianotic. La nivelul degetului mare o bulă de culoare galbenă, iar în spre rădăcina degetului o ulceratiune superficială, din care se scurge o secreție clară. La nivelul degetelor IV și V bule de culoare albicioasă. Degetele II—III cianotice, edematiat și sensibile la palpație.

Diagnostic: Congelație gradul II—III a piciorului drept.

La acest caz ținem să relevăm doi factori favorizanți la producerea congealației, semnalati de altfel și la cazul precedent: 1. Încălțăminte strâmtă și 2. ciorapii subțiri de bumbac.

Cazul V. Sold. C. Grigore, ctg. 1943 din reg. 3 C.F.R. a intrat în Spitalul Militar la 26 Ianuarie 1943.

Antecedente personale și istoricul boalei: Din copilărie are mâinile și picioarele reci și de culoare violacee. În 6 Ianuarie a degerat pe câmpul de instrucție. Avea încălțăminte strâmtă și deteriorată. Acuză dureri la nivelul piciorului drept.

Examenul obiectiv: Piciorul drept ușor edematiat și cianotic. Degetele mai ales la nivelul ultimelor falange sunt puternic edematiat. Pe dosul degetelor I-III-V bule de culoare albă murdară. Pe alocurea tegumentele sunt de culoare neagră. Pe partea inferioară a degetului mic o bulă deschisă din care se scurge un lichid clar.

Măinile și picioarele sunt reci și au o culoare roșie violacee.

Diagnostic: Congelație gradul I-II-III a piciorului drept, acrocianoză.

La cazul acesta ținem să remarcăm următoarele: 1. Acrocianoza de care suferă bolnavul este un factor predispozant pentru producerea congealației, deoarece persoanele cari suferă de această afecțiune, prezintă o meiotragie a sistemului capilar dela nivelul extremităților, — propriu zis o neuropatoză vasculară cu predominanță capilară; — circulația sângelui nefăcându-se în mod normal, producându-se o stagnare a sângelui la nivelul extremităților și consecutiv o pierdere mai mare de căldură și o nutriție mai proastă a țesuturilor respective. Acrocianoticii în fața frigului sunt deci foarte vulnerabili, sistemul vascular neputând reacționa defensiv ca la indivizii normali; 2. Încălțămîntea strîmtă și deteriorată a favorizat și mai mult acțiunea frigului și consecutiv producerea degerăturilor.

Din expunerea acestor cazuri ținem să tragem câteva concluzii de importanță practică în prevenirea congealațiilor și cari am dori să ajungă la cunoștința autorităților militare în drept, pentru a da dispozițiunile necesare, ca ele să fie aplicate cu toată promptitudinea și rigurozitatea reclamată de însemnătatea și gravitatea problemelor congealațiilor în actualul războiu din răsărit.

Dintre factorii predispozanți, ținem să desprindem pe cel mai important:

1. Încălțămîntea strîmtă favorizează congealațiile, deoarece nu permite mișcările ale degetelor și îngreuează circulația sangvină la nivelul picioarelor. De asemenea nu permite luarea de clorapi groși de lână sau oblele.

2. Încălțămîntea deteriorată permite pătrunderea umezelii și a frigului; și știut fiind că umezeala potențiază acțiunea nocivă a gerului, ne putem închipui rolul nefast pe care-l joacă în producerea degerăturilor.

3. Imbrăcămintea insuficientă a picioarelor (clorapi de bumbac), mâinilor (lipsa mănușilor) și capului (lipsa căclului sau cel puțin a apărătoarelor pentru urechi), favorizează producerea degerăturilor, deoarece permite ca aceste regiuni să piardă o mai mare cantitate de căldură, formând un strat izolator mult mai neînsemnat față de atmosfera înconjurătoare.

4. Moletările, prin compresunea pe care o produc asupra circulației sangvine dela nivelul gambelor, favorizează de asemenea congealațiile, nepermițând o irigație și nutriție în bune condițiuni a țesuturilor dela nivelul picioarelor.

5. Iperidroza palmo-plantară constituie o înfrimătate favorizantă pentru congealații, fiind știut, că frigul umez e mult mai periculos decât cel uscat pentru organism și că evaporarea transpirațiunii se face în deficitul unei pierderi de căldură.

6. Acrocianoza constituie un factor predispozant pentru producerea congealațiilor, deoarece persoanele cari suferă de această afecțiune, prezintă o meiotragie a sistemului capilar dela nivelul extremităților, — propriu zis o neuroză vaso-motorică cu predominanță capilară. Două stigmate constante caracterizează acrocianoza: a) o dilatare atonică a capilarilor și b) o hypo-

tensiune venoasă. Circulația sângelui nefăcându-se în mod normal, producându-se o stagnare a sângelui la nivelul extremităților și consecutiv o pierdere mai mare de căldură și o nutriție mai proastă a țesuturilor respective. Acrocianoticii în fața frigului sunt deci foarte vulnerabili, sistemul lor vascular neputând reacționa definitiv ca la indivizii normali; — lipsind reacția vasculară la frig, sau producându-se uneori vazodilatațiuni paradoxale.

Între acești factori enumerați ca predispozanți pentru acțiunea nocivă a frigului, putem distinge două mari grupe: 1. Unii cari sunt în legătură cu încălțămîntea și imbrăcămintea soldatului, și 2. alții cari sunt în legătură cu constituția individului (iperidroza, acrocianoza).

Pentru prevenirea celor din grupa întâi se cere luarea de măsuri simple dar energice, a căror cvintesență o putem exprima în următoarele cuvinte: „Fiecare ostaș să își dea încălțămîntea și imbrăcămintea reclamată de asprimea condițiunilor climatice în luptă”.

Pentru grupa doua, se cere ca față de indivizii suferind de aceste tare, să se depună o atenție specială în timpul iernii, sau dacă aceste tare sunt foarte exprimate să fie repartizați la un serviciu, unde sunt mai ferți de acțiunea îndelungată a frigului.

Am crezut bine ca în cadrele acestui articol să facem o expunere într'un tablou sinoptic al cazurilor de congealațiuni internate în secția dermatovenerică a Spitalului Militar Sibiu, în cele două ierni de războiu 1941—1942 și 1942—1943.

Această expunere statistică am făcut-o din 3 puncte de vedere: 1. a lunilor în cari s'au produs congealațiile; 2. al localizării congealațiilor; și 3. al gravității leziunilor (gradul congealațiilor).

În primul tablou redăm pe ierni și luni numărul cazurilor de congealațiuni.

În tabloul al doilea redăm pe localizări și gradul leziunilor, repartiziile cazurilor de congealațiuni internate în Spitalul Militar Sibiu în cele două ierni de războiu.

Statistica pe luni a cazurilor de congealațiuni din iernile 1941/1942 și 1942/1943, internate în Spitalul Militar Sibiu

Iarna 1941/1942

Luna	Noembrie	Decembrie	ianuarie	februarie	Martie	Total
Nr. cazurilor		8	2	1		11

Iarna 1942/1943

Luna	Noembrie	Decembrie	ianuarie	februarie	Martie	Total
Nr. cazurilor	1	6	19			26

În total în secția Dermato-venerică a Spitalului Militar Sibiu au fost internați în cele două ierni de

războiul 37 de soldați cu congelatul. În prima iarnă de război au fost un număr de 11 cazuri, deci mult mai mic decât în a doua iarnă, — deși se știe că iarna 1941/1942 a fost incomparabil mult mai aspră și mai lungă decât cea din 1942/1943, — aceasta se poate explica în parte prin condițiile de viață în care au trăit trupele în cea de-a doua iarnă și asupra cărora nu putem insista în cadrul acestui articol și în al doilea rând, probabil și prin faptul că în a doua iarnă au fost evacuate în număr mai mare cazuri de congelatul spre spitalele de zonă interloară.

Alt fapt ce ținem să remarcăm este că în iarna 1941/42 congelatul s'au produs târziu, primele apărând în luna Ianuarie, când au fost cele mai multe cazuri 8, ultimele producându-se în luna Martie. În iarna 1942/43 primele congelatul au apărut în luna Noiembrie, iar ultimele în luna Ianuarie, când au fost și cele mai multe 19.

În privința lunilor când numărul degerăturilor e mai mare, în ambele ierni recordul l-a avut luna Ianuarie, când în prima iarnă au fost 8 cazuri, iar în a doua iarnă 19 cazuri, deci în total 27 cazuri din cele 37 de cazuri observate în total. Urmează luna Decembrie cu 6 cazuri în iarna 1942/43 și Februarie cu două cazuri în iarna 1941/42.

Statistica localizărilor congelățiilor din iernile 1941/1942 și 1942/1943

P i c i o r

Gradul congel.	S t â n g Localizarea Degetele					Alte reg.	Total
	I.	II.	III.	IV.	V.		
I.	12	12	11	11	12	10	68
II.	3	1	1	1	1	3	10
III.	2	1	1	1	1	—	6
IV.	2	2	1	—	—	1	6
Total	19	16	14	13	14	14	90

	D r e p t Localizarea Degetele					Alte reg.	Total	Total general
	I.	II.	III.	IV.	V.			
I.	14	16	16	15	14	12	87	155
II.	5	3	1	2	3	3	17	27
III.	6	—	—	—	2	2	10	16
IV.	4	2	1	1	1	—	9	15
Total	29	21	18	18	20	17	123	213

M â n ă

Gradul congel.	S t â n g ă Localizare Degetele					Alte reg.	Total
	I.	II.	III.	IV.	V.		
I.	3	3	3	3	3	3	18
II.	2	1	2	2	3	—	10
III.	—	—	—	—	1	—	1
IV.	—	1	—	—	—	—	1
Total	5	5	5	5	7	3	30

	Dreaptă Localizare Degetele					Alte reg.	Total	Total general
	I.	II.	III.	IV.	V.			
I.	5	4	4	3	4	3	23	41
II.	3	3	3	4	2	1	16	26
III.	—	—	—	—	1	—	1	2
IV.	—	—	—	—	1	—	1	2
Total	8	7	7	7	8	4	41	71

Urechea (pavilion)

Gradul congel.	S t â n g ă	D r e a p t ă	Total general
I.	3	3	6
II.	2	2	4
III.	1	—	1
IV.	—	—	—
Total	6	5	11

Din punct de vedere al localizării congelățiilor, după cum reiese din tabloul alăturat, cel mai des interesat a fost piciorul, 213 localizări în total, față de mână 71 și ureche 11 localizări. Fapt de altfel explicabil, fiind lucru cunoscut că extremitățile sunt regiunile corpului cele mai expuse congelățiilor și dintre ele cele mai expuse sunt cele inferioare, respective picioarele.

Dacă intrăm în analiza mai de aproape a statisticii localizării congelățiilor din iernile 1941/1942 și 1942/1943 constatăm următoarele: dintre picioarele cele mai des interesat e dreptul cu 123 localizări, față de stângul cu 90 localizări. Dintre degetele picioarelor cel mai des interesat este degetul I (mare) 48 localizări, urmează degetul II 37 localizări, degetul V (mic) 34 localizări, degetul III 32 localizări și degetul IV 31 localizări, alte regiuni (mai ales calcaneană) 31 localizări.

Din punct de vedere al gradului congelățiilor la nivelul picioarelor, lucru foarte normal și logic, cele mai dese sunt gradul I, fiind în total 155; urmează gradul II 27, gradul III 16 și gradul IV 15.

Din punct de vedere al congelățiilor mâinii, mai des e afectată mâna dreaptă 41 localizări, față de stânga cu 30 localizări.

Dintre degetele mâinilor cel mai des interesat este degetul V (mic) 15 localizări, urmează degetul I (police) cu 13 localizări, degetul II (index) 12 localizări, degetul III (mediu) 12 localizări și degetul IV (inelar) 12 localizări, alte regiuni 7 localizări.

Din punct de vedere al gradului congelățiilor la nivelul mâinilor, dela sine înțeles, cele mai frecvente sunt gradul I 41, urmează gradul II 26, gradul III 2, și gradul IV 2; ținem să remarcăm faptul că la mâini degerăturile mai profunde (grave) gradul III și IV sunt mult mai rare decât la picioare; la mâini fiind în total 4 degerături gradul III și IV, pe când la picioare sunt 31 gradul III și IV.

Referitor la congelările urechilor (pavilloanelor) au fost în total 11 localizări, fiind aproape tot așa de des interesată urechea dreaptă 5, ca și cea stângă 6 localizări.

Din punct de vedere al gradului congelărilor, în total au fost 6 congelări gradul I, gradul II și 1 singură gradul III.

Din statistica localizării congelărilor conchidem, că cel mai des interesate sunt degetele și în special degetele picioarelor, unde pe lângă frecvența cea mai

mare, avem și gradul cel mai mare, cel mai grav al degerăturilor.

Din toate acestea deducem ca măsură de prevenire a congelărilor este de-o importanță capitală în această direcție, necesitatea unei îmbrăcăminti calde-roase și a unei încălțăminti bune și potrivite individului și condițiilor climatice, unde se poartă actualul război cu Rusia.

Spitalul Militar „Regina Mamă Elena” Sibiu

Articole științifice

Mielită în urma unei injecțiuni de neosalvarsan

de

Prof. Dr. C. I. Urechia și Dr. Leonida Dragomir

Salvarsanul poate da naștere la o encefalită hemoragică, fie numai în creier, fie în creier și măduvă, iar în cazuri rare el poate produce o mielită sau hematomielle. În cazul din urmă leziunea poate fi localizată numai la nivelul măduvei sau poate interesa în același timp în mod trecător și abia perceptibil și creierul.

Acest fapt a fost constatat de către Wolff și Müller; controlul anatomic al acestor complicații medulare a fost făcut de Chiari.

Acestea complicații hemoragice se traduc prin leziuni ce merg dela edem până la hemoragie (Frühwald, Frank); sau chiar până la necroză (Busse și Merian, Schmorl, Chiari). Se produc hemoragiile mielare la niveluri diferite, și anume în substanța albă la nivelul creierului (Herzog) și în substanța cenușie la nivelul măduvei. Tromburile de fibrină sunt frecvente.

Simptome mielitice au fost observate de către Osek, Mitsuhsa, Aayet, Bruks, Frank, Friedrich, Socin, Splethoff.

În cazul lui Socin, afecțiunea a prezentat la început simptome cerebrale, pentru a se localiza ceva mai târziu la măduvă. Aceeași succesiune a survenit și în cazurile lui Frank și Splethoff. În majoritatea cazurilor tabloul a fost acela al unei mielite transverse.

Complicațiile medulare sunt foarte rare. Astfel Sodre întâlnește tabloul hematomiellei după doze mari. Aschoff, Chiari, constată tabloul de mielită. Herzog pe acela de mielită sau de encefalo-mielită. Lenormand constată o paraplegie survenită la șapte luni în urma șancrului și în decursul tratamentului.

Va. Susana, de 28 ani; mama sa a murit cardiacă; are opt frați și surori sănătoase.

Paludism la șase ani, de care s'a vindecat complet. Dismenoree; de șase luni amenoree.

În luna Septembrie 1942 o gomă la nivelul limbii diagnosticate în clinica dermato-venerică. În luna Mai 1943, face un tratament antisifilitic. După trei injecțiuni de neosalvarsan leziunea a dispărut, dar i-a apărut o eritrodermie salvarsanică. În ziua a patra a acestor erupțiuni, bolnava constată când se trezește din somn că membrele sale inferioare sunt paralizate. Nu și-a mai putut da seama de poziția membrilor sale sub pătură și în același timp avea o anestezie, care în decurs de câteva ore s'a urcat până la nivelul ombilicului. A prezentat retenție urinară. I s'a făcut o puncție lombară, care a fost hemoragică.

După două luni paraplegia flască a devenit spastică. După o săptămână a reluat tratamentul făcând 5 grame de neosalvarsan și 10 injecțiuni de bismut.

Examinată la noi în clinică în Noembrie 1943 se constată:

Urme de combustie pe membrele inferioare, în urma băilor fierbinți pe care le-a făcut acasă și care din cauza anesteziei i-au produs arsuri. Plămânii, inima, ficatul, rinichii nu prezentau nimic anormal; urina nu conținea nici albumină și nici zahăr. Amenoree de șase luni.

Pupilele, motorii oculari, fundul de ochi, nu prezintă nimic anormal. Nu se constată nistagm. Reflexele tendințioase ale membrilor superioare sunt vii de ambele părți; la membrele inferioare reflexele sunt exagerate și trepidante, clonus rotulan și al picioarelor. Semnele lui Babinski, Oppenheim, Mendel-Bechterew, sunt pozitive la ambele părți; semnul lui Rossolimo pozitiv de partea stângă.

Reflexele cutanate abdominale sunt abolite. Nictur turburare din partea sensibilității subiective. Sensibilitatea obiectivă prezintă o hipostezie dureroasă și ter-

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiunilor gonococice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.

Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.

Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;

apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până la defervescență, dar maximum 8 g.

(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate

Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România :

M. R. Leclerc, București, str. Ruginoasă 1

Acitetramin

TABLETE

Hidrofosfat de hexametilentetramin

Desinfectant urinar și biliar

A N T I S E P T I C

Bellafit

Fiole injectabile,
soluție și tablete

A n t i s p a s m o d i c e n e r g i c
conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădă-
cină de belladonna

Jodoterapia pe cale parenterală prin

Vasojod

S u b c u t a n — i n t r a m u s c u l a r — i n t r a v e n o s

Fiole de 2 și 5 cc., conținând 4 respectiv 10 mgr. jod

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.02

mică până la nivelul primei lombare; sensibilitatea tactilă și vibratorie este conservată.

Mișcările active și pasive sunt foarte reduse la nivelul membrilor inferioare. Tonusul muscular este sporit. Mersul este imposibil; bolnava nu se poate ține pe picioare. Urinarea se face spontan.

În sânge reacția Wassermann este negativă, iar cea a lui Witebsky pozitivă. În punctiunea lombară reacțiunile Pandy, cea a lui Urechla cu gomă-lac, reacțiunea Wassermann, precum și limfocitoza, sunt negative.

Noi am aplicat un tratament cu bismut, claură de mercur și cu agenți fizici, fără de nicio ameliorațiune.

În rezumat paraplegie spastică survenită după trei injecțiuni de neosalvarsan (0,15, 0,30 și 0,45). După injecțiunea a treia bolnava a făcut o eritrodermie și în ziua a treia o paraplegie. Eritrodermia a fost ușoară și s'a vindecat foarte repede. Paraplegia cauzată prin o mielită hemoragică a rămas definitivă; turburările de

sensibilitate se urcă până la nivelul primei lombare, prezentând o disociație siringomielică.

În timpul din urmă am mai putut observa un caz asemănător la un bărbat.

RESUMÉ

Une paraplégie spastique apparaissant après trois injections de neosalvarsan (0,15, 0,30, 0,45). Après la troisième injection le malade a fait une erythrodermie et le troisième jour une paraplégie. L'erythrodermie a été légère et a guéri rapidement. La paraplégie due à une myélite hémorragique est restée définitive: les troubles de la sensibilité montent jusqu'au niveau de la première lombaire, ayant le caractère syringomyélique.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine spastische Paraplegie zufolge von 3 Injektionen von Neosalvarsan (0,15, 0,30, 0,45). Nach der dritten Injektion folgte eine leichte Erythrodermie und nach drei Tagen eine Paraplegie. Die Hauterscheinungen heilten in kurzer Zeit, die auf Grund einer Myelitis Hemorragica entstandene, Paraplegie aber blieb endgültig. Die Sensibilitätsstörungen, die einen syringomyelischen Charakter hatten, waren vom 1. Lombarabschnitt nach unten feststellbar.

Timpanotomia atrio-aticală

de

G. Buzolanu, G. Popovici, M. Iubu

Dacă deschidem un tratat clasic de oto-rino-laringologie, un manual de otologie sau orice altă publicație care vizează problema paracentezei timpanului, vom găsi pe lângă descrierea indicațiilor incisiunii membranelor timpanice și redarea tehnicii acestei incisiuni. Denumirea de paracenteză timpanică îl preferăm azi termenului de timpanotomie, termen care ne înfățișează într'un cuvânt și noțiunea operațiunii care trebuie să fie totdeauna o incizie iar nu o punctiune și organul căreia i se adresează.

Valoarea timpanotomiei și binefacerile sale sunt atât de evidente chiar pentru cei care n'au avut ocazia să o practice personal încât găsim inutil să insistăm. Toată lumea de specialitate este astăzi de acord: timpanotomia este o operațiune admirabilă care a salvat nenumărate vieți; ea calmează durerile violente previne difuziunea puroiului și deci complicațiile encefalice ori ptohemice la care expune orice supurație a urechii, evită în multiple situațiuni trepanarea apofizei mastoide prevenind mastoidita.

Lăsând la o parte întregul capitol al indicațiilor timpanotomiei, capitol de altfel foarte util de cunoscut pentru toți medicii și în special pentru practicienii generali, problema tehnicii timpanotomiei capătă pentru noi o importanță nebanuită ori de câte ori suntem obli-

gați să incizăm timpanul. Importanța aceasta este perfect îndreptățită nu numai prin dispoziția anatomică specială a timpanului în raport cu urechea mijlocie, și prin mecanismul propagării infecțiilor din casă spre mastoidă, dar și prin rezultatele uneori surprinzătoare pe care noi însine le-am putut constata în clinica Oto-Rino-Laringologică din Cluj.

Într'adevăr cine dintre noi nu cunoaște în această parte a patologiei faptul clasic perpetuat până în vremile noastre în manuale și publicații și anume că incisiunea timpanului trebuie făcută într'o porțiune timpanică anumită desemnată sub denumirea de loc de elecție. Locul acesta de elecție este considerat ca fiind alcătuit de sfertul sau cadrantul postero-inferior al membranelor timpanice, între cadrul timpanal și mânerul cloacului pentru următoarele două rațiuni: a) perforația fiind declivă va asigura un drenaj bun; b) situația aceasta este mai puțin periculoasă fiind porțiunea din timpan cea mai depărtată de peretele labirintic. Figura 1, ne precizează cu claritate incisiunea postero-inferioară.

Când bombarea timpanului nu este prea accentuată incisiunea în acest zis loc de elecție se poate face fără dificultăți. Dacă timpanul oferă o convexitate prea accentuată sub impulsul tensiunii lichidului septic care-l împinge dinspre casă spre conduct, în general

Incizia se practică acolo unde simplitatea manualului tehnic este mai accentuată acolo unde timpanul bombează deci mai mult.

În fine când nu avem siguranța unui drenaj bun printr-o anterioară timpanotomie insuficientă, când retenția în casă face ca reacțiunea mastoidiană să persiste și să amenințe cu transformarea într-o veritabilă mastoidită, suntem autorizați să incizăm, să paracentizăm din nou timpanul pentru a lărgi perforația. Miringotomiile repetate nu sunt intervenții prea rare pentru otologiști. Este de altfel cunoscută paracenteza zisă

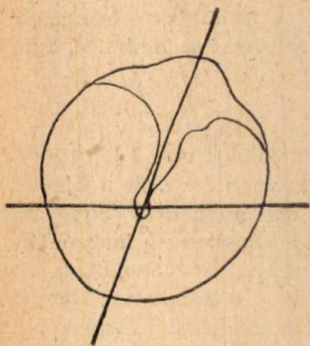


Fig. 1.

Cele 4 cadrane ale timpanului.

crucială care se impune pentru a deschide larg casa timpanului înainte de a lua o hotărâre definitivă pentru trepanarea apofizei mastoide. Și în fine s'a preconizat și utilizat paracenteza orizontală sau ușor curbată cu convexitatea în jos (*Parrel*) care se întinde în jumătatea inferioară a timpanului în porțiunea declivă a membranelor. Toate acestea tehnici de miringotomie sau de timpanotomie pot să ne pună la adăpost de complicații și să aducă vindecarea unei otite supurate. Ele au fost acelea care au fost utilizate în cursul vremilor de antecesorii noștri. Nu sunt totuși prea rare situațiile când amenințarea unei mastoidite nu poate fi îndepărtată prin aceste incizii cu toate eforturile noastre de a lărgi pe cât posibil timpanul printr-o incizie crucială. Natural intervine în împrejurarea aceasta și momentul când practicăm deschiderea timpanului. Când bolnavul se prezintă prea târziu, când reacția inflamatorie difuză a mucoasei antrale s'a propagat la pereții osoși ai celulelor mastoidiene, când mastoidita este constituită deci, evident orice deschidere a casei, chiar totală prin ablația în întregime a timpanului este inutilă fiind practică prea târziu.

Considerăm că toate aceste incizii timpanice au defectul capital că nu deschid în mod direct porțiunea superioară a casei care poartă numele de atică. Anatomia a precizat în trecut și ne arată și azi cum casa timpanului prezintă în partea ei superioară un diverticul a cărei mărime întrece chiar partea mijlocie a casei, diverticul care poartă numele de atică, de lojetă sau de reccus supratimpanic. În atică este situată o porțiune însemnată din lanțul de osciloare (corpul ciocanului și nicovala) și noțiune extrem de importantă, de aici pornește canalul timpano-mastoidian sau aditusul ad antrum prin intermediul căruia infecția se întinde spre mastoidă. Atica posedă în plus o serie de repluri ale mucoasei casei care-l formează o serie de mici diverticuli secundari far comunicarea cu casa propriu

zisă în partea inferioară se face prin orificii care se pot oblitera prin tumefierea mucoasei în cursul otitelor. Porțiunea din casă care corespunde celei mai mari întinderi pe membrana timpanică în porțiunea ei mijlocie superioară poartă numele de atrium. Atica nu vine în contact cu timpanul decât în porțiunea ei superioară cunoscută sub numele de membrana lui Shrapnell. Prin urmare diverticulul atic este ca și săpat în os deasupra atriumului și deci relativ întins ca volum, totuși contactul cu timpanul este mult prea restrâns în comparație cu suprafața de contact a atriumului.

Din aceste câteva noțiuni elementare relative la anatomia casei timpanului în raport cu membrana timpanică și relative încă la legătura anatomică dintre urechea mijlocie și mastoidă care se face prin intermediul aticei unde se deschide



Fig. 2. — Timpanotomia clasică în cadranul postero-inferior.

aditusul ad antrum, reiese clar cum în cursul unei infecții a casei, în tehnica miringotomiei un scop principal al intervenției trebuie să consistă în deschiderea aticei. — Prin urmare o bună incizie a timpanului consistă în a deschide nu numai atrium-ul ci a deschide în același timp și atica, deoarece infecția în casă are tendința la cantonare și persistență cu deosebire aici dat fiind replurile mucoasei casei care formează o serie de diverticuli secundari (punga lui Prussak, punga anterioară și posterioară a lui Trölsh).

O bună incizie a timpanului consistă deci în a deschide în același timp și atica odată cu atriumul pentru a drena în mod sigur și direct către exterior, porțiunea din urechea medie care vine în contact anatomic direct cu antrum, prin urmare pentru a drena însăși drumul pe care infecția din casă îl parcurge pentru a se propaga spre mastoidă. Deschiderea aticei concomitentă cu deschiderea atriumului o găsim preconizată într-o lucrare datată în 1934 a lui *Escat*. *Escat* nu insistă asupra ei în toate cazurile ci numai în varietatea aticală a otitei medii pe când noi găsim utilitatea acestei intervenții timpanice în toate otitele subacute. Poate că în felul acesta se explică rațional pentru ce paracenteze repetate chiar la începutul unei otite medii acute făcute deci într-un timp favorabil n'au fost suficiente să oprească aprinderea unei mastoidite cu tot cortegiul ei de neplăceri; pentru că inflamația mucoasei casei ar fi fost susceptibilă în aceste cazuri speciale prin tumefierea inflamatorie legată de procesul infecțios să oblitereze orificiile de comunicare normală (hlatusul lui Truffert) și deci de drenaj dintre atică și atrium. — Consecutiv

acestei obliterări infecția închisă în atică se află într-o cavitate închisă și se propagă ușor prin *aditus ad antrum* spre mastoidă. Formarea acestei cavități închise este cu atât mai periculoasă vital cu cât se cunoaște faptul că plafonul aticei denumit *tegmen tympani* poate prezenta la unele persoane dehiscențe spontane (*Hijrtl*)

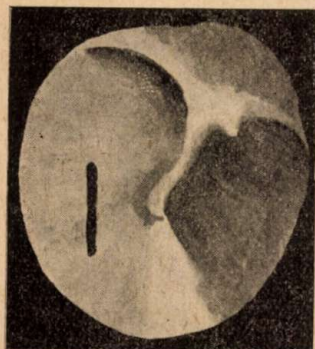


Fig. 3. — Timpanotomie în cadrul antero-inferior.

nu pot întrerupe evoluția unei mastoidite, deoarece focarul inițial inflamator adică acela care alimentează infecția mastoidiană rămâne de fapt nedrenat. În vechile incizii ale timpanului pe care le cunoaștem, atica se drenează într-un mod indirect prin intermediul atriumului. Secționând membrana lui Shrapnell odată cu incisiunea porțiunii din timpan care corespunde atriumului, drenăm în același timp cu atriumul în mod direct și atica. — Drenajul nu mai ia în această ultimă împrejurare un drum ocolit: atica, atrium, timpan, conduct auditiv extern, drum indirect care poate fi întrerupt printr-o

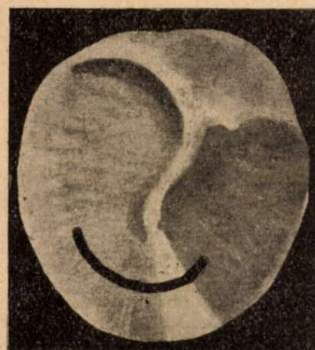


Fig. 4. — Timpanotomie orizontală ușor curbată în ambele cadrane inferioare: posterior și inferior.

medii supurate când preconizăm cu convingere timpanotomia atrio-atlcală.

Iată pentru ce considerăm că numeroasele cazuri de mastoidite de debut în cursul otitelor supurate acute medii care s-au perindat la consultațiunile clinicii noastre, cu ocazia epidemiei de gripă au cedat, în mare parte datorând această cedare metodelor acestora de

în care caz mucoasa caselor se găsește în contact direct cu dura mater. Reiese din această situație anatomică defavorabilă posibilitatea unor noi grave accidente care apar în cursul unor otite medii cu un aspect clinic benign. Oricât am lărgi și în orice direcție am incisa timpanul nedeșchizând membrana lui Shrapnell, evident operațiile noastre

nu pot întrerupe evoluția unei mastoidite, deoarece focarul inițial inflamator adică acela care alimentează infecția mastoidiană rămâne de fapt nedrenat. În vechile incizii ale timpanului pe care le cunoaștem, atica se drenează într-un mod indirect prin intermediul atriumului. Secționând membrana lui Shrapnell odată cu incisiunea porțiunii din timpan care corespunde atriumului, drenăm în același timp cu atriumul în mod direct și atica. — Drenajul nu mai ia în această ultimă împrejurare un drum ocolit: atica, atrium, timpan, conduct auditiv extern, drum indirect care poate fi întrerupt printr-o obliterare inflamatorie a comunicării dintre atică și atrium. Practicând o timpanotomie atrio-atlcală drenajul aticei și al atriumului se face direct și imediat în conductul auditiv extern.

Iată pentru ce în clinica Oto-Rino-Laringologică a Facultății de Medicină din Cluj noi ridicăm la gradul unei reale înțelegeri mecanismul formării unei mastoidite în cursul otitelor

drenaj printr-o timpanotomie atrio-atlcală. Practicând timpanotomia atrio-atlcală drenăm chiar dela început într-un mod direct însuși drumul pe care infecția îl parcurge din casă spre antru.

Practicând această incisiune a timpanului facem o intervenție mai sigură și mai prudentă decât atunci când executăm timpanotomia atrială simplă.

Incizând membrana lui Shrapnell în partea ei posterioară secționăm în același timp cu plîca timpanală posterioară și coada timpanului nerv care parcurge pe fața internă porțiunea superioară a membranelor timpanice. Secțiunea acestui nerv nu este urmată de



Fig. 5. — Timpanotomie crucială.

niciun inconvenient serios: o ușoară anestezie gustativă laterală în partea anterioară a limbii care dispare în câteva zile. — *Dealtfel membrana timpanului poate fi secționată ori unde pe suprafața ei fără inconveniente speciale dacă incisiunea nu este brutală pentru a leza peretele retro-timpanic labirintic* (Fig. 2, Fig. 3, Fig. 4). Secțiunea în partea ei inferioară are avantajul declivității de drenaj, iar secțiunea membranelor Shrapnell are avantajul drenării aticei. — Incisiunea bună de drenaj și de evitarea a complicațiilor care se pot ivi spre mastoidă nu poate fi deci, decât o timpanotomie care să vizeze aceste două scopuri: să deschidă și casa timpanului în partea inferioară și atica în același timp, să fie o timpanotomie atrio-atlcală (Fig. 5). Din numeroasele cazuri de reacție mastoidiană care însoțeau cu febră și cu dureri spontane și provocate la nivelul apofizei mastoide, otitele medii

supurate acute perindate în clinică și care au cedat perfect după timpanotomia atrio-atlcală menționăm următoarele trei cazuri în scurt rezumat:

1. *Observația I-a.* Este vorba de o femeie care ne-a fost trimisă la clinică de un medic fiind suferindă de otită medie supurată acută cu dureri la nivelul mastoidei și cu febră 37°5. — Bolnavă de o săptămână, perforare spontană a timpanului, durerile durează de atunci continuu. Bolnava prezintă în plus glucoză moderată în urină fiind o diabetică cronică. — Deși puroiul se scurgea relativ bine din casă totuși practicăm o miringotomie atrio-atlcală înainte de a ne decide pentru trepanare. Spre sur-

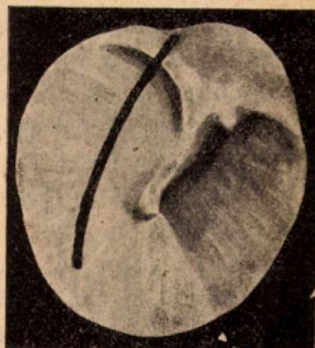


Fig. 6. — Timpanotomie atrio-atlcală. Timpanotomia care trebuie executată.

priza chiar a noastră a doua zi bolnava ne mărturisește că e prima noapte când a putut dormi, fenomenele dureroase amănându-se complet în câteva zile. — Este demnă de reținut această observație cu atât mai mult cu cât terenul diabetic propice infecțiilor a putut totuși fi local învins printr'un larg drenaj atical. D-l Dr. Răduleț medic benevol al clinicii, nu va uita niciodată binefacerile acestei miringotomii aticale, pentru care la acest caz anticipat manifestase în prezența unui drenaj care avea aparențele de a fi bun, toate rezervele sale.

Observația II-a. Domnul doctor vine din plasa sa din Ardeal cu o otită medie supurată acută însoțită de reacție mastoidiană dureroasă extrem de violentă. Temperatura 37°6. Timpanul roș bombat, ne perforat. Bolnav de trei zile a luat pantopon bucal și în injecții contra durerilor.

După miringotomia atrio-aticală fenomenele cedează cu oarecare greutate dar totuși cedează complet în interval de cinci zile. Reținem observația deoarece bolnavul își contrariase singur procesul de rezoluție a infecției prin injecțiile cu morfină cari știm că diminuează puterea fagocitară a organismului.

Observația III-a. O fetiță N. E. de 12 ani, prezintă o reacție mastoidiană dureroasă intensă care însoțește o otită medie supurată acută ce durează de 10 zile. Perforație spontană, scurgere abundentă, temperatura însă 37,2°. — Înainte de a trece la trepanarea apofizei, deși scurgerea era abundentă i se practică o miringotomie largă. Fenomenele cedează cu oarecare greutate în timp de câteva zile. O d-nă asistentă a clinicii va reține evident observația aceasta pentru care formulase rezervele sale relative la eficacitatea unei miringotomii largi.

Observațiile pot fi multiplicat în acest sens. Ele constituiesc o sancțiune practică imediată a ideilor cari stau la baza justificării miringotomiei atrio-aticale. Timpanotomia sau incisiunea timpanului este în realitate o intervenție foarte simplă. Simplitatea operațiunii nu este de loc contrariată când punționând timpanul cu acul de paracentză sau mai corect vorbind, incisând cu un bisturiu miringotom special prelungim incisiunea cu oarecare atențiune și spre membrana Shrapnell, cuprinzând-o și pe ea în lina de secțiune miringotomică. Credem că aducem un real serviciu nu numai otologilor înfățișând în aceste câteva faze problema timpanotomiei în adevărata ei importanță, în raport cu infecția urechii medii și cu tendința de propagare a acestel infecții spre mastoidă, dar mai ales un real serviciu credem că aducem medicilor în preocupările cărora intră și terapia de urgență a otitelor supurate acute.

Timpanotomia atrio-atică este o operațiune curentă în clinica noastră. Ori de câte ori avem de practicat o timpanotomie ne silim ca intervenția aceasta de deschiere a timpanului să la caracterul anatomic atrio-atic, încă din anul 1935 am rămas împreună cu

colaboratorii noștri fideli acestel intervenții timpanice când trebuie să deschidem casa pentru o otită acută supurată. Este credem între toate modurile de a tăia timpanul, în cazul unei otite supurate acute, cea mai judicioasă metodă și aceea dela care putem aștepta binefacerile cele mai puțin nesigure. De aceea am găsit folositor să insistăm din nou asupra timpanotomiei atrio-aticale, timpul scurs de când o practicăm nefăcând decât să ne mărească atașamentul pentru această mică operațiune otică. Introducerea sulfamidelor în terapia antiinfecțioasă nu modifică necesitatea efectuării timpanotomiei atrio-aticale. Sulfamidoterapia nu scutește de necesitatea unui drenaj larg al unui focar supurat, cum este otita acută supurată, atunci când acest drenaj este socotit indicat.

RESUME

La tympanotomie atrio-atticale

La tympanotomie atrio-atticale consiste dans le sectionnement linéaire du tympan, en sa région atriale et atticale. On sectionne donc la membrane de Shrapnell et la membrane tympanique proprement dite.

La tympanotomie atrio-atticale est une opération courante à notre clinique. Nous pouvons dire que de toutes les manières d'inciser le tympan en cas d'otite suppurée aiguë, c'est la plus judicieuse et celle dont on peut attendre les résultats les plus favorables.

L'introduction des sulfamides dans la thérapeutique anti-infectieuse ne rend pas moins nécessaire l'exécution de la tympanotomie atrio-atticale. Malgré la sulfamidothérapie, la nécessité d'un large drainage du foyer septique otique persiste, tant que ce drainage est indiqué.

ZUSAMMENFASSUNG

Atrio-atticale Tympanotomie

Die atrio-atticale Tympanotomie besteht in einem linearen Schnitt des Trommelfells in der atrialen und atticalen Region. Folglich wird die Schrapnell'sche Membrane und das eigentliche Trommelfell durchschnitten.

In unserer Klinik ist die atrio atticale Tympanotomie eine sehr häufige Operation. Sie ist, so glauben wir, unter den verschiedenen Arten der Tympanotomien, im Falle einer akuten Mittelohreiterung, die beste Methode und die, welche am sichersten zum Erfolg führt.

Das Einführen der Sulfonamide in die anti-infectiöse Behandlung schliesst ein unbedingtes Notwendigsein der atrio-atticalen Tympanotomie nicht aus. Die sulfamidotherapie enthebt uns nicht der Notwendigkeit einer weiten Öffnung eines eiternden Herdes, wie es eine akute Mittelohreiterung ist, dann wenn man die Öffnung für angebracht hält.

Considerațiuni clinice și patogenetice asupra „Basedow-ului gras”, în legătură cu două cazuri

de

Dr. E. Degan, Dr. C. Mețianu și Dr. O. Munteanu

Dintre afecțiunile glandelor cu secreție internă boala lui Basedow este relativ cunoscută atât de clinician cât și de medicul practician.

Tulburările de metabolism ocupă un loc de frunte în simptomatologia acestei boale. Acest simptom de a cărui valoare depinde în mare măsură gravitatea și prognosticul fiecărui caz, este după Zondek, Labbé, von Noorden-Gilbert-Dreyfuss și alții, cel mai constant și cel mai caracteristic semn al afecțiunii. De cele mai multe ori variațiunile lui traduc fazele de ameliorare și de agravare ale boalei.

În această boală din cauza proceselor de oxidație exagerate, bolnavul slăbește, deși pofta de mâncare este păstrată sau chiar exagerată. Scăderea în greutatea corporală poate să oscileze între 10 până la 20 kg. În cazurile mai severe ea poate atinge valori mult mai ridicate (52 kg. la un caz citat de Froyez), provocând adevărate stări de emaciare și cașexie tiroidiană.

Există însă bolnavi, care prezintă toate simptomele clasice ale boalei lui Basedow ca: tahicardie, gușă, exoftalmie, etc., dar care în loc să slăbească cresc în greutate. Această creștere în greutate se poate prezenta dela începutul boalei concomitent cu instalarea celorlalte simptome sau numai după o perioadă de luni sau ani în care interval de timp bolnavii au pierdut din greutate. Acestel forme clinice i s'a dat numirea de: „Basedow gras” sau „Basedow obez”.

Forma aceasta clinică a boalei lui Basedow este cu atât mai interesantă, cu cât în literatura străină abia sunt citate câteva cazuri, iar în literatura românească după cunoștințele noastre nu am găsit descrisă nicio observație similară.

În ultimul timp având ocazia să observăm în Serviciul Clinicii Medicale II două cazuri *analoage*, redăm mai jos observațiunile noastre:

Observația I. Bolnava R. W. elevă, de 18 ani, este internată în serviciul Clinicii noastre la data de 16 X. 1942, pentru palpitații, transpirațiuni și o serie de tulburări funcționale nervoase.

A. P. În copilărie a suferit de pojar și tuse convulsivă, iar la vârsta de 12 ani de scarlatină. Menstruată la 13 ani, epocile catameniale s'au succedat regulat și fără inconveniente.

Istoricul boalei actuale. De 6 ani prezintă palpitații, care de 2 ani sunt mai puternice și apar la intervale din ce în ce mai mici. Paralel cu accentuarea palpitațiilor bolnava observă o creștere progresivă a regiunii tiroidiene. Perioadele menstruale devin neregulate și de scurtă durată, transpiră ușor, prezintă tremurături la nivelul extremităților superioare, este mai nervoasă, are instabilitate de caracter și crește progresiv în greutatea corporală.

De un an are polifagie, polidipsie, poliurie, și continuă să crească progresiv în greutate (aprox. 6 kg.).

La data de 27 VI. 1942, metabolismul bazal este de + 50%.

Examenul obiectiv. Statură mijlocie. Țesutul celulo-adipos și muscular sunt bine reprezentate.

Exoftalmie pronunțată. Glanda tiroidă mult mărită de volum. Tremurături ale extremităților superioare. Greutatea corporală 55 kg.

Tahicardie. Puls bine bătut, ritmic, frecvența 160'. E. K. G. tahicardie sinusală, frecvența 150 pe minut. Tens. art. = 14½—7½. Ex. urinei = negativ.

Leucocitoza = 5600. Polinuc. neutrof. 55%. Polinuc. eoz. 5%. Limfociți 30%. Monociți 10%.

R. Wassermann în sânge = negativă. V. S. H. = 4—9. Metabolismul bazal (17 X. 1942) = +64%.

Glicemia, radiografia șelei turcești și titrarea hormonilor în urină din cauza spitalizării scurte (o zi), n'au putut fi executate.

Observația II. Bolnava I. L. de 24 ani este internată în serviciul Clinicii Medicale II, la data de 9 XII. 1943, pentru dispnee la efort, palpitații și o serie de fenomene funcționale nervoase.

A. P. În copilărie a suferit de pojar, tuse convulsivă, și malarie. Menstruată la 13 ani. Epocile catameniale s'au succedat regulat fără inconveniente.

Istoricul boalei actuale. De 1½ an prezintă palpitații, dispnee la efort și tremurături la nivelul extremităților superioare.

De 3 luni observă o creștere a regiunii ant. a gâtului, globii oculari îi devin progresiv exoftalmici, este agitată, are senzația de sufocare, transpiră mult și nu poate suporta căldura.

Înainte cu o lună metabolismul bazal a fost +31%.

După o cură de repaus, regim corespunzător și tratament medicamentos cu prominal, fenomenele devin mai pronunțate, în schimb pofta de mâncare este crescută iar bolnava câștiga progresiv 3 kgr. în greutate.

Examenul obiectiv. Statură mijlocie, Țesutul celulo-adipos și muscular bine dezvoltat. Exoftalmie pronunțată. Glanda tiroidă mărită de volum. Tremurături ale extremităților superioare. Greutatea corporală 62½ kg.

A. P. cardio-vascular. Aria matității precordice între limitele normale. Sgomotele cardiace tahicardice. La focarul mitralei suflu presistolic cu accentuarea sgomotului I.

Pulsul ritmic, bine bătut, frecvența 140'. E. K. G. tahicardie sinusală 130 de bătăi pe minut.

Ex. urinei = A = urme fine, P. Z. = negative. Sed. urinar: 4—6 leucocite, pe câmpul microscopic, celule epiteliale descumate, săruri amorfice.

Leucocitoza: 4200. Polinuc. neutrof. = 58%. Polinuc. eoz. = 7%. Limfociți = 30%. Monociți = 5%. V. S. H. = 23—39. R. Wassermann în sânge = negativ. Ureea în sânge = 0.39 gr %.

Metabolismul bazal +78% (făcut la 10 XII. 1943 în Clinica Medicală I Cluj-Sibiu).

Ac. uric în sânge = ușor mărit (62 mgr %). Colesterinemia = ușor mărită (200 mgr %). Calcemia = 9 mgr %. Glicemia = 80 mgr %.

Radiografia șelei turcești = normală.

Cantitatea lichidelor ingerate în 24 de ore. = 1600 cmc. Cantitatea de urină eliminată în 24 de ore = 2000 cmc.

Examenul O.R.L. = amigdalită cronică hipertrofică în stânga. Vegetații adenoide cu rinită consecutivă.

Părăsește clinica la data de 14 XII. 1943 cu diagnosticul de *Boala lui Basedow (Basedow gras)* și *stenoză mitrală*, prescriindu-se tyronorman și prominal.

După 2—3 săptămâni dela părăsirea clinicii fenomenele subiective și obiective devin tot mai pronunțate, iar *bolnava începe să piardă în greutate*, ceea ce o determină să se reintereze în clinică.

La data de 3 I. 1944 *metabolismul bazal* = $+100\%$, iar *greutatea corporală* 59 kg.

Bolnava se pregătește cu iod pentru ca la data de 9 I. 1944 să fie transpusă în Clinica Chirurgicală pentru intervenție operatorie.

Aceste forme clinice extrem de rar întâlnite, au fost numite „*Basedow gras*” sau „*obez*”. Ele evoluează cu o creștere în greutatea corporală a bolnavilor, pe lângă prezența tuturor celorlalte simptome tipice ale boalei lui Basedow. Acești bolnavi în loc să slăbească se îngrășe, prezentând adeseori acumulări de grăsime în diferite regiuni ale corpului.

Basedow-ul gras se poate observa în următoarele împrejurări:

I. Ori de câte ori tulburările glandei tiroide sunt asociate în același timp cu tulburări în funcțiunea altor glande (tulburări pluriglandulare), bolnava îmbracă adeseori la început forma *Basedow-ului gras*.

Un asemenea caz a fost citat de *Zondek* la o fată de 22 de ani, care pe lângă semnele clasice ale *Basedow-ului*, prezenta polidipsie, polurie și obezitate, ca simptome care trădau tulburări în funcțiunea glandei hipofizare.

În anii următori fenomenele hipofizare au dispărut complet, greutatea câștigată în anii precedenți a fost pierdută brusc, bolnava prezentând numai simptome de *Basedow*.

Iperitroidismul în aceste cazuri este probabil provocat de hormonul tyrotrop secretat în exces de lobul anterior al hipofizei. Într-adevăr prin mobilizarea hormonului tiroidian și excitarea în felul acesta a proceselor oxidative, organismul caută să contrabalanseze tulburările metabolismului care duc la obezitate (*Zondek*). Această ipoteză explică și faptul că acești bolnavi după administrarea de tyroidină sau tiroxină se simt mai rău, continuarea tratamentului putând aduce consecințe grave.

II. „*Basedow-ul gras*” mai poate fi observat și în cazurile care prezintă în același timp simptome asociate de *Basedow* și de hipo- sau insuficiență tiroidiană. Această insuficiență tiroidiană se poate prezenta dela începutul boalei odată cu instalarea simptomelor de *Basedow*, ca în cazul unei femei de 33 de ani — citat de *Zondek* — care în același timp cu apariția gușei, avea tahicardie, hiperexcitabilitate vaso-motorie, căderea părului, neregularități menstruale și o creștere

în greutate, grăsimea acumulându-se mai ales în fosele supraclaviculare. Bolnava prezenta deci, simptome asociate de hiper- și hipofuncțiune tiroidiană.

În alte cazuri fenomenele de hipofuncțiune tiroidiană nu se dezvoltă decât numai într-o fază avansată a boalei, după o perioadă prealabilă în care bolnavii pierdeau în greutate. De asemenea o îngrășare a bolnavilor s'a putut observa și după o intervenție chirurgicală executată asupra glandei tiroide.

Într-adevăr la numeroși bolnavi reducerea pe cale operatorie a glandei tiroide este urmată mai curând sau mai târziu de o adevărată obezitate tiroidiană. Așa este cazul unei fete de 14 ani (*Zondek*), care pe lângă unele simptome de *Basedow* ce n'au putut fi influențate decât în parte de actul operator, prezenta și simptome evidente de mixedem, câștigând în greutate în primele 2 luni dela operație 26 de kgr.

În toate aceste cazuri la care tratamentul chirurgical a fost urmat de obezitate, *Zondek* a observat că, metabolismul bazal a rămas constant la un nivel ridicat. Acest fenomen l-am observat și noi la o bolnavă, care cu toată are încă la 2 luni după operație tahicardie, exoftalmie și tremurături ale extremităților, a câștigat aproximativ 4 kgr. în greutate, iar metabolismul bazal s'a menținut la un nivel ridicat de $+50\%$. (Înainte de operație metabolismul bazal a fost $+47\%$ și $+64\%$).

În fine, la unele bolnave în timpul sarcinii sau la începutul lactației, *Basedow-ul slab* poate trece în „*Basedow obez*”. Bolnave care timp de ani au păstrat tabloul clasic al afecțiunii cu exoftalmie, gușă, tahicardie și pierderea pronunțată în greutate, în timpul sarcinii sau la începutul alăptării au început să câștige în greutate.

Zondek a semnalat două cazuri similare de *Basedow* — formă mijlocie — care odată cu apariția lactației au început să câștige remarcabil în greutate, creștere care n'a putut fi explicată numai prin simpla influență dietetică.

În aceste cazuri pe lângă acțiunea inhibitoare pe care o are glanda mamară în activitate asupra glandei tiroide, *Zondek* presupune și o modificare în cursul boalei, în susceptibilitatea țesuturilor față de hormonul tiroidian.

Toți acești bolnavi la care simptomele basedowlene sunt asociate în același timp cu fenomene de hipofuncțiune tiroidiană, de obicei nu prezintă o diminuare, ci o creștere a metabolismului bazal.

Făcând o privire generală asupra considerațiilor clinice și patogenetice mai sus amintite, putem afirma că, prima noastră observație poate fi încadrată între acele cazuri la care simptomele basedowlene evoluează în același timp cu tulburări în funcțiunea altor glande endocrine (tulburări pluriglandulare).

De fapt bolnava noastră pe lângă exoftalmie, tahicardie, gușă și tremurături ale extremităților superioare, prezenta în același timp menstruațiunile neregulate și de scurtă durată ($1\frac{1}{2}$ zi), prin urmare fenomene de insuficiență ovariană, precum și simptome care traduc o tulburare în funcțiunea glandei hipofizare ca: polidipsie, polifagie, polifurie și obezitate. Tabloul clinic prezentat de bolnava noastră este aproape identic cu acela pe care l-a prezentat Zondek. Ar fi interesant de știut dacă acest tablou se menține ca atare până la sfârșit, sau dacă după un timp mai îndelungat ca și în cazul lui Zondek, dispărând tulburările celorlalte glande, bolnava va începe să piardă în greutate, prezentând până la urmă tabloul clinic al Basedow-ului comun.

Interpretarea celui de al II-lea caz este mai dificilă. Faptul că bolnava noastră a crescut în greutate deși prezenta toate celelalte simptome de Basedow cu un metabolism ridicat de $+31\%$, iar mai târziu $+78\%$, ne determină să presupunem că în acest caz a coexistat și o hipofuncțiune tiroidiană.

După aproximativ o lună bolnava a început să piardă în greutate. Aceasta ne demonstrează o dispariție progresivă a fenomenelor de insuficiență tiroidiană, bolnava trecând din tipul „obez”, în tipul „slab” (Zondek).

Basedow-ul obez, după Zondek, este datorit unui factor pur local al țesuturilor periferice, care împiedică să devină activă influența normală a hormonului tiroidian. El presupune că există în aceste cazuri tulburări fizico-chimice la nivelul țesuturilor periferice (mai ales la țesutul celular subcutanat), care modifică susceptibilitatea țesuturilor la influența hormonului tiroidian.

În consecință, prin această teorie periferică putem explica alternanța tipului „obez” cu tipul „slab”, susceptibilitatea țesuturilor față de hormonul tiroidian putându-se modifica în cursul boalei într-un sens sau altul.

Același teorie explică și acele cazuri la care fenomenele basedowiene evoluează în cadrul unei insuficiențe pluriglandulare (mai ales tulburări hipofizare). În asemenea cazuri excitația tiroidiei de către hormonul tyrotrop secretat în exces, trebuie considerată numai ca un proces secundar, un răspuns la metabolismul viciat dela nivelul țesuturilor periferice.

In concluzie:

„Basedow-ul gras” este o formă clinică rară.

În literatura străină abia sunt descrise câteva cazuri. Observațiunile noastre ar fi primele în literatura românească.

Această formă clinică se caracterizează prin prezența semnelor clasice de Basedow, cu deosebirea că, bolnavii în loc să piardă în greutate se îngrășe, cu toate că metabolismul bazal este ridicat.

Patogenia acestor tulburări este încă discutată.

Zondek admite că, în unele cazuri pe lângă o hiperfuncție tiroidiană sunt asociate și tulburări în funcțiunea altor glande endocrine (ovar, hipofiză).

În alte cazuri susține acțiunea concomitentă a unei hiper- și hipofuncțiuni tiroidiene.

Una din observațiunile noastre s'ar explica printr-o tulburare pluriglandulară, iar a doua printr'un mecanism de hiper- și hipofuncțiune tiroidiană.

CLINICA MEDICALĂ II CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Ion Goia

RESUMÉ

Quelques considérations cliniques et pathogénétiques sur le „BASEDOW GRAS” en rapport avec deux cas

Les auteurs décrivent deux formes cliniques rares de „BASEDOW GRAS”. Ces formes cliniques sont caractérisées par la présence des signes classiques de Basedow, avec cette différence près, que les malades, au lieu de diminuer de poids, engraisent, bien que le métabolisme basal soit élevé.

La pathogénie de ces troubles est encore sujette à discussion.

Une des observations s'explique par des troubles pluriglandulaires, l'autre par la coexistence d'une hyper et d'une hypofonction thyroïdienne.

ZUSAMMENFASSUNG

Klinische und pathogenetische Betrachtungen über „FETT BASEDOW” in Zusammenhang mit zwei Krankheitsfällen

Die Autoren beschreiben zwei seltene Fälle des „FETT BASEDOWS”. Diese klinische Formen sind gekennzeichnet durch das Vorhandensein der klassischen Zeichen des Basedows, mit dem Unterschiede dass die Kranken an Gewicht zunehmen anstatt zu verlieren obwohl der Grundumsatz stark erhöht ist.

Die Pathogenie dieser Störungen ist noch unbekannt.

Einen der beobachteten Fällen erklären wir durch eine pluriglanduläre Störung, den anderen aber durch eine gleichzeitige Hyper- und Hypofunktion der Schilddrüse.

Adenoidita acută prelungită¹⁾

de

Dr. Ștefan Gârbea

Specialistul în pediatrie este uneori în situația de a nu putea lămurii etiologia unor sindroame febrile neregulate la unii copii, a căror febră, variind în aceeași zi de la 37° la 40°, poate dura săptămâni în șir, fără să fie influențată prin niciun tratament.

Repetate consulturi medicale, cu o serie de examinări clinice, radiologice și de laborator, nu pot lămurii cauza acestor stări febrile neregulate și prelungite.

Otorino-laringologul, cel mai strâns colaborator al pediatrului, chemat în consult de multe ori târziu, din cauza absenței semnelor patologice auriculare sau nasale, înafara unei congestii moderate a faringelui și a mucoaselor foselor nasale, nu se constată nimic patologic.

Alteori se observă o scurgere moderată de mucozități vâscoase pe pereții posteriori al faringelui, o congestie mai mult sau mai puțin accentuată a unuia sau ambelor timpane și eventual o adenopatie cervicală puțin sensibilă. În fața acestor situații tratamentul otologului se reduce la o simplă dezinfectie nasală sau în cazul congestiei timpanelor, la paracenteze repetate fără niciun efect asupra febrei.

Cu acest tablou clinic am întâlnit o serie de cazuri din care amintesc câteva observații mai importante:

Obs. I. Copilul I. A. în vârstă de 3 ani, din Cluj, care de 3 săptămâni prezenta o febră foarte neregulată, fără să se constate nimic clinic sau la examinările repetate de laborator, decât o stare de apatie, inapetență, pierderea forțelor, un fel de stare septicemică.

Ex. O. R. L. Faringele ușor congestionat, secreții moderate ce se scurg din cavum, rinoscopia anterioară liberă, timpanele de aspect normal; ușoară adenopatie sensibilă submaxilară bilaterală. Ne găsim nimic important și se prescrie o dezinfectie nasală cu argirol în ser fiziologic 1%.

Întâmplător, citind articolul lui Robert Rendu: "Adenoidite aiguë prolongée et toucher rhino-pharyngien", publicat în Archives de Médecine des enfants, din Februarie 1928, pag. 73—85, m'am gândit că poate și febra acestui copil să țină de o adenoidită acută prelungită, și după o dezinfectie nasală riguroasă de 2 zile, pretextând părinților că vreau să-i îndepărtez secrețiile din rino-faringe, i-am făcut un tușeu digital accentuat, urmat de o oarecare sângerare și în zilele următoare în zadar i s'a luat temperatura în repetate rânduri, căci aceasta s'a redus definitiv sub 37°.

Obs. II. Sugarul R. P. de 7 luni din Petroșani, suferea de o stare febrilă foarte neregulată ajungând deseori dimineața mai ales, până la 39 și 40°. Un medic specialist îi constată o congestie a timpanului drept care este paracentezat și după 2 zile de subfebrilitate sugarul face din nou 39°, dimineața și 37,5° seara.

Este adus la Sibiu și la examenul O. R. L. se constată ambele timpane congestionate, mai accentuat cel din dreapta. Faringele normal, fosele nasale libere, ușoară adenopatie cervicală.

După 2 zile de tratament cu dezinfectante nasale și eleudron, i se face o paracenteză bilaterală, după care febra se reduce puțin câteva zile, apoi face din nou oscilații febrile de tip invers.

I se fac o serie de examinări care dau rezultate negative, până chiar și recoltare de sânge, pentru însămânțări speciale pentru punerea în evidență a brucellei abortus, care știm că produce boala lui Bang caracterizată prin o febră ce durează câteva luni.

Deși copilul era în a cincea săptămână de febră, starea generală era puțin alterată, însă era extrem de agitat în timpul ascensiunilor febrile.

O nouă paracenteză a timpanului stâng, care se menținea congestionat nu dă de asemenea niciun rezultat.

Tușeul rino-faringean cu un stilet curb montat în vată, executat în două rânduri la câteva zile interval, a făcut să scadă febra la normal și să dispară fenomenele auriculare.

Obs. III. Fetița M. N. de 9 ani, din Sibiu, la începutul lunii Ianuarie a. c. a prezentat un guturai cu cefalee, și temperatură 39°. După un tratament obișnuit de o săptămână, rinita i-a dispărut, însă a rămas cu cefalea și o febră cu oscilații foarte neregulate. Deși făcea o febră de tip invers cu o ascensiune până la 39—40° dimineața, totuși starea generală nu era alterată.

A fost examinată de mai mulți interniști și pediatri fără să i se găsească nimic obiectiv.

Ne mai prezentând nici guturai nici dureri auriculare, abia în a șasea săptămână de oscilații febrile i se recomandă un examen O.R.L. la care se constată: ambele timpane de aspect normal; faringoscopia arată amigdalele ușor hipertrofiate; rinoscopia anterioară negativă.

La rinoscopia posterioară care se face cu ușurință, bolnava prezintă un buchet de vegetații cu secreții albicioase între lamele de țesut limfoid.

I se face un tușeu rino-faringean după care timp de o săptămână bolnava n'a mai prezentat nicio ascensiune febrilă. I se face apoi adenectomie și după 6 zile de repaus, fetița își reia activitatea școlară de unde absentase mai bine de două luni.

Vegetațiile adenolde descoperite de Meyer la 1868, au fost privite multă vreme în patologii sub aspectul lor obstruant al foselor nasale, ca unele care dau numai tulburări mecanice respiratorii.

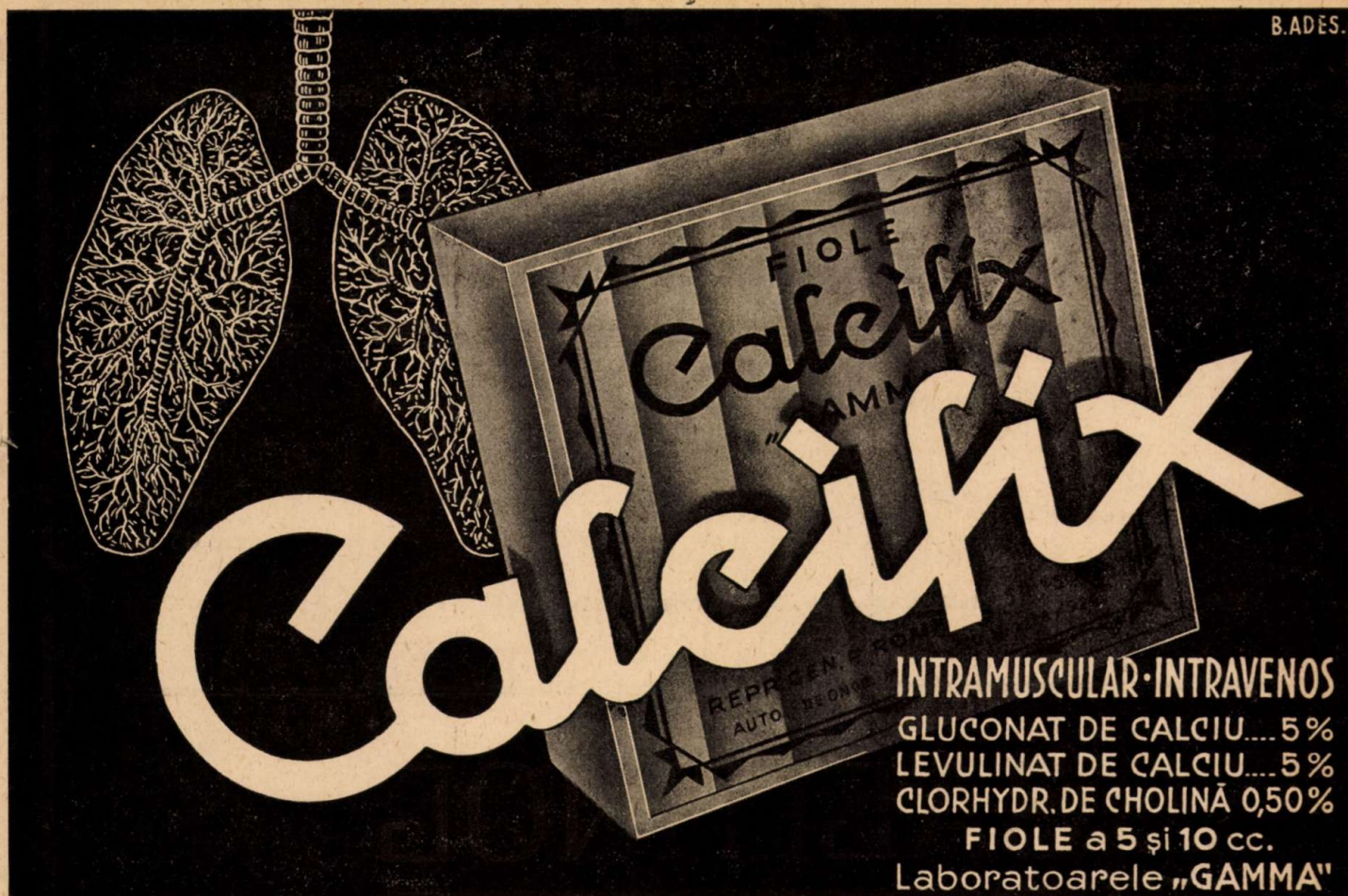
Moure a fost cel dintâi care a arătat că vegetațiile adenolde se pot infecta ca și amigdalele dând adenoidita acută. După el o serie nenumărată de autori s'au ocupat intens de acest capitol, ajungând la concluzia că jumătate din patologia infantilă (Arman Delille) este o urmare a vegetațiilor adenolde infectate.

Robert Rendu declară că aforismul bine cunoscut „muller tota in utero” se poate traduce la copil sub formula „puer totus in cavo”.

Cazurile înșirate mai sus nu fac parte din capitolul adenoiditelor acute simple de scurtă durată. Ele aparțin unei forme clinice de adenoidită acută prelungită, ca-

¹⁾ Comunicată la Ședința din 23 Martie 1944, la Soc. Științelor Medicale Cluj-Sibiu.

B.ADES.



Calcifix

FIOLE
"GAMMA"

REPRESENTANȚA
AUTO-DETERMINATĂ

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
 LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele "GAMMA"

ULMARA „Gamma“

Frieșune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



In afecțiunile
căilor respiratorii

BRONCHOSEPTOL
DRAGELE

B.ADES.



Anemoton
„GAMMA“

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LINFATISM

INDICATII:
— Anemia —
— Anestezia —
— Inapetența —
— Imbecilitatea —
— Bătășenia —
— Rachitismul —
— Sclerodermia —
— Surmenajul —
— Linfatismul —
— Anemia —
— Anestezia —
— Inapetența —
— Imbecilitatea —
— Bătășenia —
— Rachitismul —
— Sclerodermia —
— Surmenajul —
— Linfatismul —

Modul de introducere:
ADULTI 2-4 lingurițe
COPII 1-2 lingurițe
LABORATOARE „GAMMA“

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.“ s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

**În reumatisme, nevralgii, nefrite, calculi renali,
artrite**

SALITINOL

Fiole

Soluție stabilă și complet indoloră de:

Fenilchinolincarbonat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de Sodiu 0,50 gr.

Anestezin 0,03 gr.

Injectiuni intramusculare și intravenoase.

SALITINOL

Granule

**Lithium salicilic - Piperazină - Lithium
Benzoic - Hexametilentetramina**

SALITINOL

Pomadă

Metoxyl Anestezină Acid Salicilic - Lanolină

Produse Farmaceutice „GALENO“

Reprezentanța pentru România

„FARMACOPEIA“, București, Telefon 5.58.35, Reg. Com. 263/937

racterizată printr-o prelungire de săptămâni în șir a unora dintre simptomele adenoiditei acute simple.

Debutul este același brusc, ca și în adenoidita acută clasică, cu temperatură $39-40^{\circ}$, uneori crize convulsive; spasmofilie; la cei cu vegetații adenoidice mari, în urma inflamației acestora, apar turburări respiratorii nasale, și rinolalie; unii acuză turburări auriculare sau prezintă tuse chinătoare nocturnă.

Coriza apare obișnuit în prima zi, însoțită uneori de epistaxis.

La examenul obiectiv, faringele prezintă o roșeață moderată și după două zile dela debut apar secreții muco-purulente, care coboară din cavum pe perețele posterior al faringelui. La rinoscopia posterioară când e posibilă, vegetațiile apar congestionate și acoperite de secreții muco-purulente. Timpanele apar congestionate fără otalgie. Adenopatia subangulo-maxilară sensibilă, e întotdeauna prezentă.

Uneori apare un ușor torticollis, datorit prezenței adenopatiilor, care jenează contracția sterno-cleido-mastoidianului sau unei reacții a articulațiilor vertebrale cervicale dela nivelul vegetațiilor adenoidice infectate.

Temperatura se menține ridicată cu oscilații neregulate.

Această adenoidită acută clasică, cu majoritatea simptomelor de mai sus, poate dura dela 2 zile până la o săptămână, în care timp unii pediatri le pot atribui erupțiilor dentare sau turburărilor gastro-intestinale dacă e în cauză un sugar.

Din anul 1926 Robert Rendu a observat că la unii copii cu adenoidită acută, majoritatea simptomelor de debut, se amendează după 1 săptămână, însă reacțiunea ganglionară cervicală și mai ales febra continuă săptămâni în șir.

Această febră cu oscilații neregulate, variind în aceeași zi dela 37° la 40° , cu maximum de ascensiune dimineața, alteori la amiază sau seara, se prezintă ca o febră septică.

Totuși îngrijorarea nu este prea mare deoarece starea generală a copilului este puțin atinsă, ca și într-o septicemie atenuată cu o evoluție favorabilă.

Astfel, adenoidita acută clasică, se complică, transformându-se în adenoidită acută prelungită.

Acest sindrom febril individualizat de Robert Rendu, se caracterizează prin această evoluție de lungă durată. Acest autor a observat trei cazuri în anii 1926 și 1927. La primul caz era vorba de un copil care prezenta o febră de mai multe săptămâni. Tentația de a verifica existența vegetațiilor adenoidice la acest copil, printr-un tușeu naso-faringean a dus la o scădere bruscă și definitivă a febrei prin acest examen digital. S'a crezut într-o coincidență fericită.

În anul următor alte două cazuri cu adenoidită acută prelungită, în urma tușeului rino-faringean, s'a ajuns la același rezultat fericit.

Acest tratament nou al adenoiditei acute a fost revoluționar, deoarece era în contradicție cu regula clasică, care impune abținerea întotdeauna dela un tușeu rino-faringean în cursul puseelor acute inflamatorii, care traumatizând masa adenoidiană deja inflamată poate produce o suprainfecție cu urmări serioase.

Practic însă, prin tușeu, cavumul se poate dezinfecta îndepărtând secrețiile muco-purulente din rino-faringe și distrugând micile focare infecțioase incluse între lamele adenoidiene.

O serie de autori primesc apol cu satisfacție acest tratament erolc, cum a fost Gamalela și Michon, care sub un titlu foarte semnificativ „Le doigt providentiel” Presse Medicale 15 Iunie 1929, publică rezultatele lor.

Aceleași satisfacții cu acest tușeu rino-faringean le-au avut și alți autori: Aubry, Louis Leroux și Feldstein, care au publicat observațiile lor în diferite reviste până recent în 1936, insistând asupra eficacității tratamentului prin tușeul digital în adenoidita acută prelungită.

Diagnosticul diferențial în aceste sindrome febrile neregulate și prelungite se face cu adenoidita difterică, la care găsim o paloare accentuată, astenie profundă, cefalee, albuminurie, care ne determină să recoltăm secrețiile din rino-faringe pentru examenul bacteriologic.

La sugarii otita latentă atât de frecventă cu o simptomatologie complexă, poate fi confundată cu o adenoidită acută prelungită.

În otita latentă febra e mai redusă, nu prezintă oscilații atât de mari și neregulate. Apol starea de intoxicație produsă de otita latentă contrastează cu starea generală relativ bună, întâlnită în adenoidita acută prelungită.

Paracentezele repetate ne influențând febra și starea generală se impune indicația trepanației, care poate fi evitată printr-un tușeu naso-faringean, după care sugarul ajunge la o stare normală în 1-2 zile.

L. Leroux, a publicat un caz în care rezultatul fericit al tușeului a înlocuit intervenția mastoidiană.

Febră tuberculoasă, atât de frecventă la copii constituie un diagnostic destul de greu. Examenul clinic găsește foarte greu o localizare în aceste febre prelungite de natură bacilară. La sugarii cutreacțiunea poate da rezultate prefloase, antecedentele și radiografia pulmonară de asemenea.

Curba termică diferă însă mult prezentând o neregularitate și oscilații foarte mari în septicemia adenoidiană, pe când în septicemia tuberculoasă temperatura este mai puțin ridicată și mai regulată.

De altfel chestiunea tuberculozelor trebuie bine studiată, fiindcă o adenectomie la un bacilar, poate pro-

voca o granule meningeală, chiar în săptămânile sau lunile care urmează după operație.

Febra ganglionară (Drüsenfleber) această entitate clinică descrisă de pediatrul german Pfeiffer se observă la copii între 2 și 8 ani și se caracterizează prin febră însoțită de o reacție ganglionară cervicală. Prezintă cam aceleași simptome ca și angina monocitară a lui Schultz.

Serul bolnavilor cu febră ganglionară, produce o hemoliză a globulelor de oate și cal (T. Vasiliu).

Majoritatea pediatrilor francezi nu admit o individualitate a acestei afecțiuni. Ei crede că febra ganglionară este o infecție cu punct de plecare rino-faringean, o adenoidită acută cu reacție ganglionară precoce și intensă. Astfel că și aici se poate aplica expresia imaginată de Lermoyez, relativ la mastoiditele pseudo-primitive, și anume că febra ganglionară este o infecție care „îinge” rino-faringele și „mușcă” ganglionii cervicali.

Toate afecțiunile înscrise mai sus, intră în discuție atunci când un copil prezintă o adenoidită acută prelungită, mai ales când simptomele adenoiditei acute simple de debut (gutural, eventual epistaxis), dispar în primele zile și micile focare infecțioase incluse între lamelele țesutului limfold a vegetațiilor nu se manifestă prin niciun simptom naso-faringean, decât prin o febră cu oscilații foarte neregulate, însoțite de o reacție ganglionară cervicală și uneori secreții vâscoase ce coboară din cavum pe peretele posterior al faringelui.

Tușeul, naso-faringean în aceste cazuri e salutar. El se execută la copiii mai mari, introducând indexul înapoi la vârlul palatului și prin mișcări în toate sensurile, dinainte înapoi, dela dreapta la stânga și invers se zdrobește toată masa vegetațiilor adenoidice infectate, se face un fel de adenotripsie (Gillard). La sugari se întrebunțează un port-vat curb, care se poate înșina în rino-faringe. Prin acest tușeu care provoacă și o mică sângerare se evacuează abcesele mici închistate între lamelele țesutului limfold, care datorită vascularizației abundente al acestui țesut, produc descărcări microblene

în circulație, dând această temperatură neregulată de tip septicemic. Dacă febra n'a scăzut complet în două-trei zile, tușeul se poate repeta.

O constatare, care se poate deduce și din observația cazului 2, e că acest tușeu se poate face și în cursul, otitel acute supurate, când febra nu scade prin paracentezele repetate.

Tratamentul profilactic, adică adenectomia, trebuie făcută numai la rece și la un interval de mai multe săptămâni după încetarea sindromului febril al adenoiditei acute prelungite.

În concluzie am ținut să vin în fața On. Societății cu acest subiect, fiindcă am constatat din practica de toate zilele, că problema adenoiditei acute prelungite, în cadrele sindromelor febrile ale copiilor e puțin cunoscută.

Tratamentul acestei adenoidite acute prelungite prin tușeu, la un copil cu o febră atât de neregulată și într-o regiune inflamată susceptibilă de reinfecție prin iritația tuseului, constituia nu de mult o dogmă intangibilă.

Azi acest tratament e revoluționar și constituie o observație clinică foarte interesantă.

Bibliografie

- 1 Robert Rendu: Adenoidite aigue prolongee et toucher rhino-pharyngien (Archives de Medicine des enfants, Jevrier 1928, p. 73—75).
- 2 Gamaleia et P. Michon: Le doigt providentiel (Presse Medicale, 15 Juine 1929, Nr. 48, pag. 792).
- 3 G. Liebault: Toucher digital et vegetations adenoides (Paris Medical, 7 Sept. 1929, Nr. 36, pag. 215—217).
- 4 G. Canuyt: Les Maladies du Pharynx (Masson Paris 1936).
- 5 Huet: La fièvre ganglionnaire de L'enfance (Concours medical 22 Jan. 1933, pag. 219).
- 6 Buzoianu G.: Patologia faringelui și traheii: Sibiu, 1941).
- 7 Tețu I., Gimpeșianu M. și Meșianu I.: Indicațiile antropomiei la sugar (Revista Română de O.R.L., Nr. 4, 1943).
- 8 T. Vasiliu: Manual de anatomie patologică clinică (Cluj, 1939).

Alergia și sindromul ipoglicemic în trichinoză

(În legătură cu o epidemie de 15 cazuri)

de

Dr. C. Meșianu, Dr. O. Munteanu și Dr. G. Faur

În ultimul timp problema infestației cu trichină se discută tot mai mult în literatura medicală.

Frecvența mai mare a acestor infestații pare a fi în legătură cu starea de război, când vânzarea de carne clandestin este mai frecventă la populația civilă, datorită restricțiilor de consum; iar la unitățile mili-

tare din cauza lipsei de utilaj carnea se consumă fără a se putea controla până la cele mai mici unități, adeseori aprovizionarea făcându-se pe loc.

Recent în literatura germană se întâlnesc multe epidemii la populația civilă și mai frecvent în legătură cu armata, cu starea de război. În 1940—1941 au fost

descrie două epidemii mari, una de către *Handloser* și a doua de *Holler-Schmidt*, ambele la soldați proveniți de pe front.

În literatura românească ultimele epidemii au fost descrise de *Hațieganu-Graur-Secărea* (1940) și de *Hațieganu-Fodor* (1942).

Studiul acestor epidemii au adus contribuții importante și au pus în discuție probleme noi în trichinoză ca: patogeniza alergică, sindromul hipoglicemiei, problema prognosticului și a tratamentului acestor boale.

Noi, am avut ocazia să observăm o infestație cu trichină la 15 persoane. Primul caz a fost diagnosticat de d-l *Prof. Goia*. La sugestiile D-sale am făcut o anchetă și am constatat că nu e vorba de un caz izolat ci de o epidemie care s'a produs în următoarele împrejurări:

În cursul lunii Februarie 1943, într-o reuniune familială s'a consumat salam afumat, provenit din carnea unui porc infestat, tăiat clandestin. Din acest salam au consumat 16 persoane din care s'au îmbolnăvit 15.

După 5—6 zile de la ingerare, cea mai mare parte dintre pacienții noștri au prezentat tulburări caracterizate prin o stare generală proastă, greață, uneori vărsături, scaune diareice la unii, iar la alții constipație. Pacienții au interpretat aceste fenomene ca o intoxicație alimentară și o bună parte dintre ei au recurs la purgative.

După 12—16 zile de la ingerarea cărnii, au apărut în mod succesiv primele semne evidente de îmbolnăvire, caracterizate prin *ascensiuni febrile* (oscilând de la caz la caz între $37^{\circ},1$ — $38^{\circ},5$ C.), *cefalee* (mai ales orbitală și supra-orbitală), *sensație de slăbiciune, oboseală, furnicături și parestezii în membrele inferioare, dureri la nivelul articulațiilor, musculaturii membrelor inferioare* (gambe în special), membrele superioare, coloana vertebrală și ceafă. Examinăți de diferiți medici, toate aceste simptome au fost interpretate ca o stare gripală și tratate în consecință.

După alte 6—8 zile apar *edeme ale feței și pleoapelor*, cu un caracter ușor roșu, la unii bolnavi fiind foarte exprimate cu aspect de „cap mare”, *urticarie*, sub formă de plăci mari pe întreg corpul (4 cazuri au avut o întindere mai redusă, iar alte 3 cazuri n'au avut de loc urticarie), *prurit intens, paloare* ce s'a accentuat în mod progresiv, *oboseală* ce mergea până la *astenie* încât unii bolnavi erau incapabili să stea mai mult timp în picioare.

Edemul feței nu a avut aceeași intensitate și nici aceeași durată în toate cazurile. Două din cazuri n'au prezentat de loc edeme. În schimb 6 dintre bolnavi au avut pe lângă edemul feței și al pleoapelor, edeme simetrice pe fața dorsală ale mâinilor, iar alți 6 au pre-

zentat în plus și edeme simetrice a regiunii dorsale a picioarelor. Un singur bolnav a avut edem generalizat.

În *decursul boalei*, temperatura a avut o durată variabilă de la 20 până la 35 de zile, într'un caz a ajuns până la 45 zile. În cele mai multe cazuri temperatura a oscilat între $37^{\circ},5$ — $38^{\circ},5$ C. și numai la 2 bolnavi temperatura s'a ridicat până la 40° . Unul dintre ei a rămas afebril pentru toată durata boalei.

Durerile musculare au fost prezente la toate cazurile și au devenit din ce în ce mai vii sub formă de crampe mai ales noaptea la mușchii cefei și coloanei vertebrale și dimineața la nivelul musculaturii gambelor, încât bolnavii nu puteau decât cu mare greutate să facă primii pași. Aceste dureri musculare au persistat 3—4 luni după boală.

Durata edemelor a variat între 2—6 săptămâni, în afară de un caz, la care n'a dispărut decât după 8 săptămâni.

Urticaria a durat de la 2 la 4 săptămâni, dispărând și reapărând în mod intermitent. La bolnavul cu edem generalizat, urticaria a apărut numai în a 28-a zi de boală și a durat 4 săptămâni.

Toți pacienții noștri au prezentat o stare de *ne liniște, nervozitate, iritabilitate* și au avut *insomnie persistentă* în tot timpul boalei. Cu toate acestea toți erau bine dispuși.

De asemenea toți bolnavii au avut *transpirații generalizate* mai ales noaptea, ce s'au prelungit chiar după scăderea temperaturii și un *catar nasal* cu o secreție abundentă clară ca apa de stâncă.

Aveau *fibrilații musculare* cu deosebire la pleoape și buze.

În 4 cazuri am constatat *tulburări de sensibilitate tactilă la pulpa degetelor*, iar la un bolnav am observat *fenomene de acrocianoză*.

Apetitul a fost păstrat, exceptând cazurile cu temperatură înaltă. Cel care au avut temperatură până la $37^{\circ},5$ C. și cel cărora le-a scăzut temperatura sub $37^{\circ},5$ C., au avut o poftă de mâncare exagerată.

Bolnavii au scăzut în greutate foarte puțin (1—3 kg) la începutul boalei, în perioada febrilă, pentru ca apoi să recâștige și chiar să depășească greutatea anterioară.

Examenul obiectiv. La inspecție se constată edem al feței și pleoapelor. Aceste edeme nu erau întotdeauna albe ca edemele renale, ci erau însoțite de o ușoară congestie. La 6 cazuri am observat *edeme simetrice* la mâini și la picioare în special în regiunea dorsală, la alte 3 cazuri edeme simetrice în regiunea dorsală a picioarelor, iar alte 3 cazuri numai pe fața dorsală a mâinilor. Un caz a prezentat fenomene de *acrocianoză*. De asemenea parte din bolnavi aveau *fibrilații musculare* mai ales la pleoape și buze. Splina n'a fost mărită.

Examenul urinei a fost negativ la toți bolnavii. Tensiunea arterială a oscilat între, Mx. 14—9 Mn. între 93/4—5¹/₂, (6 cazuri au fost ipotensive și numai un caz a depășit tensiunea maximă de 15). Pulsul a variat între 70—112 bătăi pe minut.

Examenul sângelui; leucocitoza a variat între 4000 și 12.600. Șase cazuri cu leucopenie (leucocite sub 6000), iar alte 5 cazuri cu hiperleucocitoză (leucocite peste 8000), cu eozinofilie care a variat între 3% și 57%.*)

Glicemia a variat între 80—60 mgr la % în 12 cazuri (adică 80%), iar în 3 cazuri a oscilat între 80—120 mgr la %. Glicemia repetată în decursul bolii a rămas constantă.

Nu am găsit trichine în sânge după procedeul lui Stauble. În schimb *trichinoscopia* salamului consumat a descoperit prezența trichinelor.

Electrocardiograma făcută în toate cazurile nu a arătat modificări (A. Moga), deși Reichmann la 72 de bolnavi, a găsit modificări electrocardiografice într-un procent de 80,6.

Simptomele clinice descrise, modificările sangvine (eozinofilia și hipoglicemia), prezența trichinelor în salamul consumat, precum și apariția simultană a îmbolnăvirilor ne-a indicat cu toată certitudinea că ne găseam în fața unei infestații cu trichină. Astfel diagnosticul epidemiei a fost stabilit cu ușurință după descoperirea primului caz de trichinoză.

Tratament. Bolnavii după ce au fost purgați li s'a dat beuturi alcoolice (cognac). S'au administrat injecții de Fuadin (câte 15 injecții la fiecare bolnav), alternând cu injecții de Calciu Sandoz. Alimentație abundentă.

Nu am putea spune dacă acest tratament ar fi avut o influență importantă asupra evoluției și prognosticului.

De altfel până în prezent în trichinoză nu există un tratament specific, deși autori ca: *Kurschen*, *Harring* și *Lederer* susțin că Fuadinul ar avea o acțiune antiparazitară, antitoxică și că ar mări rezistența organismului. Alți autori ca: *Wigand* neagă efectul terapeutic al Fuadinului în trichinoză și noi am ajuns la concluzia că Fuadinul nu are o valoare specifică.

Din tratatele și publicațiile care cuprind capitolul trichinozel, reiese că, dacă simptomatologia este bine cunoscută, problema prognosticului, tratamentul și mai ales problema patogenezelor acestor boale este încă obscură. Aproape fiecare simptom a fost explicat în cele mai variate feluri, fără a se putea face o legătură între toate simptomele și a le privi în ansamblul lor.

*) Modificările sangvine din aceste cazuri vor forma obiectul unei alte lucrări.

Este suficient să amintim că edemul feței, urticaria, conjunctivitele, etc., au fost explicate în variate feluri, fără a mai vorbi de hipoglicemia a cărei patogeneză și astăzi este discutată.

Până în ultimii ani s'a scris prea puțin în literatură despre faptul că în îmbolnăvirile cu trichine este vorba mai ales de o reacție alergică.

Mecanismul alergiilor de infecție și de invazie este foarte asemănător cu patogenia bolii serului.

Patogeneza alergică în tabloul clinic al trichinozel astăzi nu se mai contestă.

În timp ce *Parrisius* (1942) presupunea geneza alergică a edemului pleoapelor, *Linneweh* (1943) susține aceasta în mod categoric.

Tabloul clinic al cazurilor noastre cum de altfel sunt descrise în toate tratatele clasice, a fost dominat de simptome ca: temperatură, edemul feței și a pleoapelor, în unele cazuri și al membrilor, urticarie, eozinofilie, etc., care sunt aceleași ca și în stările alergice. Aceasta o dovedește și eficacitatea întrebunțării calciului care în terapia antialergică ocupă primul loc. *Fantus*, *Sogemaier* și *Spaeth*, comunică rezultate excelente cu această terapie în trichinoză.

Nu se știe dacă simptomele mai puțin caracteristice de ipotonie și de tulburări a funcțiilor hepatice se numără printre ele.

Contactul intim al trichinelor cu organismul are ca efect absorbția unei cantități remarcabile de antigen a trichinei. Organismul gazdă are ocazia să formeze anticorpi în cantitate mare, care reacționează cu antigenul provocând simptome secundare, care sunt cuprinse sub numele de reacții alergice.

Geneza alergică a acestor simptome trebuie scoasă astfel mai mult în relief decât până acum și pusă pe primul plan.

Incubația care durează aproximativ 10—12 zile a fost pusă în legătură până acum, numai cu ciclu de viață a trichinelor.

Faptul că nu toți cei îmbolnăviți de trichinoză au prezentat aceleași simptome și de aceeași intensitate, este datorit nu numai masivității infestației, ci este în legătură și cu locul celei mai puternice reacții antigen-anticorp și apoi și cu anumite dispozițiuni. Bolnavii cu diateză alergică vor reacționa mai puternic, adică vor prezenta mai ușor simptome alergice datorită unei sensibilități mai pronunțate a sistemului nervos autonom la excitații chimice.

Aceasta pare însă să ne indice un proces de natură alergică.

Prezența fenomenelor nervoase și a asteniei au fost atribuite toxinelor sau unor produse toxice rezultate din metabolismul trichinelor. În timpul din urmă aceste simptome au fost încadrate în sindromul hipoglicemic.

Handloser, în legătură cu o epidemie de trichinoză (39 bolnavi) la o trupă ce opera în Polonia, constată o ipoglicemie ce varia între 80—45 mgr^o/o.

La noi, *Hafigeanu—Fodor* (1942) de asemenea au găsit în cadrul unei epidemii de trichinoză o ipoglicemie ce a variat între 80—70 mgr^o/o. Acești autori într-o lucrare documentată discută și confirmă constatările lui *Handloser* și în același timp încearcă să explice mecanismul sindromului ipoglicemic, aducând contribuțiuni importante și de tratament.

El susține că, ipoglicemia este un simptom biologic foarte important în trichinoză și că patogenia acestel ipoglicemii, nu poate fi decât cea obișnuită în care trebuie să bânuiim o hiperfuncție a insulelor lui Langerhans — o *iperpancreatie* — provocată fie prin toxinele elaborate, fie poate printr-o infecție locală pancreatică provocată de trichină.

Inspirați de lucrările acestor autori, am determinat glicemia la toți bolnavii noștri și am constatat că 12 bolnavi din 15 aveau o ipoglicemie ce a variat între 80—60 mg^o/o, adică un procent de 80. Bazați pe această constatare și noi credem că ipoglicemia este un simptom important în trichinoză. Ca și acești autori nu facem o legătură prea strânsă între gradul glicemiei și eozinofiliile și gravitatea simptomelor, contrar părerii lui *Kurschen—Harring* și *Lederer*, care consideră ipoglicemia ca un criteriu pentru a putea judeca gravitatea boalei. *Gavrilă—Ciplea—Florescu* au găsit o glicemie de 100 mg^o/o și eozinofilia 1^o/o, într-un caz grav de trichinoză cu câteva zile înainte de moarte.

Alți autori consideră ipoglicemia ca rezultantă a consumului exagerat de glicogen în mușchi. Această ipoteză nu pare să explice suficient ipoglicemia într-un caz după administrarea de glucoză nu se observă o ameliorare promptă a simptomelor ca într-o ipoglicemie cronică pură.

Mecanismul de producere al ipoglicemiei în trichinoză este insuficient explicat prin ipotezele susmenționate. Alci se pare că intervine un mecanism ceva mai complex, în care un rol foarte important îl joacă glanda suprarenală, ficatul, pancreasul, prin intermediul sistemului nervos organo-vegetativ.

Faptul că ipoglicemia se instalează lent ar dovedi că, aceasta are un caracter mai puțin cerebral și mai mult vegetativ.

În afară de acest mecanism funcțional, am putea admite concomitent și leziuni anatomo-patologice la nivelul acestor glande cu secrețiune internă, leziuni capabile să modifice funcțiunea lor endocrină.

Vom încerca să explicăm în mod succesiv tulburările funcționale produse de alergii crelată de toxina trichinelor, prin intermediul sistemului nervos organo-vegetativ la nivelul glandelor susmenționate, mai ales asupra glandei suprarenale și apoi posibilitatea leziunilor

anatomo-patologice la nivelul acestor glande care ar putea să le modifice funcțiunea.

Printre glandele endocrine cu un rol important în metabolismul hidraților de carbon îl are și glanda suprarenală.

Aceasta prin secrețiunea sa adrenalina, acționează asupra funcțiunii glicogenetice a ficatului, pe care o mărește mobilizând astfel glicogenul hepatic. În același timp micșorează arderea glicogenului în țesuturi, crescând astfel zahărul sangvin.

Invers, o ipoadrenalinemie micșorează mobilizarea glucozei în sânge la nivelul ficatului și mărește consumul glicogenului în mușchi. Noi credem că, pe lângă o acțiune directă a trichinelor la nivelul mușchilor, această ipofuncțiune a medulei supra-renale ar duce la o exagerare a arderilor glicogenului muscular. Acest fapt deși luat în considerare n'a putut fi suficient explicat până astăzi.

Hallion și *Gayet* au arătat că ablația capsulelor supra-renale produce o sensibilitate față de insulină și glicogenul hepatic, dând naștere la fenomene ipoglicemice. De asemenea s'a observat ipoglicemii în insuficiența supra-renală acută și cronică, în Boala lui Addison și în carcinomul glandei supra-renale.

În mod secundar diferite afecțiuni generale sau infecțioase, sau în urma intoxicațiilor acute, întreg în o insuficiență a acestel glande și se constată frecvent sindromul ipoglicemic.

În cursul difteriei maligne, *Lereboullet Marie* și *Leprant*, au găsit la fel scăderi de glicemie până la 45 mg^o/o. De asemenea același lucru s'a semnalat și în formele grave de scarlatină, rușeolă și în arsuri extinse.

Ca un principiu general din patologice, știm că toxo-infecțiunile se repercutează în primul rând, dintre glandele endocrine, asupra supra-renalei. Oare trichinoza care este tot o toxo-infecțiune, să nu dea nici o modificare la nivelul glandei supra-renale?

Noi înclinăm să presupunem, bine înțeles cu oarecare rezervă că, glanda supra-renală suferă în această boală în sensul unei ipofuncțiuni.

Am menționat în cursul acestel lucrări că unele dintre simptomele importante de trichinoză se interpretează ca o reacție alergică. Toxemia crelată de această parazitoză a dat naștere unei stări de alergie a organismului dând acele simptome zise alergice: edemul, leziunile urticariforme, eozinofiliile, etc. Aceste accidente descrise sub numele de șoc anafilactic, nu sunt altceva decât accese ale dezechilibrului vago-simpatic, care se traduce prin accidente cu predominanță vagotonică. Se deduce că simpaticotonia, împledecă acestea accidente, așa se explică necesitatea administrării de adrenalina ipersimpaticotonică, în trichinoză.

Pentru *Widal* și *Abrami* acest dezechilibru în funcțiunea neuro-vegetativă, este consecința unui dezechilibru brusc umoral, constituind criza coloidoclastică.

Indiferent de acest mecanism, fapt este că șocul anafilactic se traduce printr-o excitație a parasimpaticului și o inhibiție a ortosimpaticului.

Odată fenomenele umorale declanșate de șocul anafilactic, sistemul nervos organo-vegetativ intră în joc și comandă mecanismul accidentelor. Dezechilibrul vago-simpatic este deci inseparabil de aceste mari procese biologice.

După *Charles Richet* descoperitorul anafilaxiei, acest fenomen umoral este datorit unei acțiuni toxice. Prin urmare fenomenele anafilactice sunt fenomene de intoxicație.

Intr-o serie de cercetări confirmate și completate prin acelea ale lui *Arloing, Garrelon și Santenaise, Tinel, Laurent*, s-a arătat că dezechilibrul vago-simpatic este o condiție necesară șocurilor anafilactice și hemoclazie.

Smith (1917) a arătat că atropina dar mai ales adrenalina previn și împiedică șocul anafilactic.

Stocker (1922) a demonstrat opoziția care există între hiperleucocitoza adrenalinică și cea a simpaticotoniciilor de o parte și leucopenia vagotoniciilor și a crizei hemoclazie pe de altă parte. El atribuie criza hemoclazie unei paralizii toxice a simpaticului, prin produsele de dezintegrare a proteinelor (histamina și derivații).

Camus J. și Pagniez (1908) experimentând pe animale, au arătat că excitarea vagului determină o leucopenie cu ipereozinofilie și o scădere a tensiunii arteriale.

Glicemia deasemenea variază într-un mod paralel cu tonusul simpatic. Injecția de adrenalină ridică puternic tonusul simpatic, provocând o iperglicemie foarte importantă.

Deopotrivă *ipoglicemia* este în raport strâns cu sistemul nervos organo-vegetativ, fiind determinată de stări vagotonice.

Unele experiențe au arătat că la unii diabetici se poate scădea puternic glicemia și glicozuria, administrând pilocarpină (substanță vagotonică) sau guanidina (substanță care scade tonusul simpatic).

Dezechilibrul nervos organo-vegetativ, în sensul unei vagotonii, consecutiv stărilor de alergizare a organismului prin toxinele trichinelor, determină o insuficiență a medulei glandelor supra-renale care poate explica mecanismul *ipoglicemiei*.

Această insuficiență se manifestă printr-o ipoadrenalinemie care intervine în funcțiunea glicogenetică a ficatului, mobilizând în sânge o cantitate mai mică de glucoză și măbind arderea glicogenului în special în mușchi, provocând în același timp o sensibilitate față de insulină.

Prin urmare, admitem că, *ipoglicemia* este datorită unor tulburări în funcțiunea ficatului, pancreasului, dar mai ales a funcțiunii glandelor supra-renale, prin inter-

medul vagotoniei declanșate de șocul anafilactic, consecința acțiunii toxice a trichinelor.

Pe de altă parte *Hațieganu—Fodor*, consideră oboseala mare, astenia ca făcând parte din sindromul *ipoglicemiei*. Numai o *ipoglicemie* care oscilează între 80—70 mg.‰ așa cum au găsit o acești autori, n'ar putea explica astenia gravă a bolnavilor de trichinoză. Noi credem că, pe lângă acest factor *ipoglicemic* intervine pe primul plan o insuficiență a corticalei suprarenale.

Pe lângă acest mecanism funcțional, vegetativ, pe care-l credem cel obișnuit în provocarea *ipoglicemiei*, putem admite și leziuni inflamatorii la nivelul acestor glande endocrine relate de reacția alergică.

Intr'adevăr, faza caracteristică a reacției alergice este formată din reacțiunile din partea țesuturilor. Astfel se nasc tulburări vaso-motorii. Se produce o trecere a plasmelor bogate în albumină în țesuturi (*Seröse entzündung-Inflamație seroasă*).

O astfel de reacție inflamatorie se poate produce și la nivelul glandelor supra-renale, pancreasului, ficatului, putând determina tulburări în funcțiunea lor.

Indiferent dacă funcțiunea glandelor supra-renale este tulburată datorită dezechilibrului în sistemul nervos organo-vegetativ, în sensul unei ipofuncțiuni, sau că aceasta se datorește leziunilor anatomo-patologice, concluzia practică este că la baza acestor tulburări fiziopatologice stă reacția de alergizare a organismului.

Pe de altă parte, la explicarea prinderilor pleurei, pericardului, miocardului și rinichinului (complicații cunoscute în trichinoză), trebuie să albă o parte de contribuție și reacția alergică și nu numai o acțiune directă a toxinelor la nivelul acestor organe.

În modul acesta starea de alergizare a organismului (astăzi dovedită de cercetările lui *Parrisius și Linneweh*) ar putea explica nu numai parțial simptomatologia trichinozei, cum au crezut acești autori, ci aproape toate semnele acestei parazitoze (edemul, temperatura, leziunile urticariforme, ipereozinofilia, astenia, *ipoglicemia* și unele cazuri cu bradicardie și ipotensiune arterială).

Explicarea patogenizei fiind încă obscură, și *prognosticul trichinozei* a rămas încă mult discutat. Până acum prognosticul a fost pus în legătură numai cu acțiunea trichinelor și toxinelor. Astăzi trebuie să se ia în considerare și patogeniza alergică a trichinozei. Procentul mortalității în trichinoză este foarte variat. În epidemia din Stuttgart, cu carne de urs și în epidemia din Hamburg (130 cazuri), mortalitatea a fost nulă, au fost însă 30 de cazuri grave. *Mösler și Peiper, Lorenz* dau un procent de 5—30 cazuri mortale. Alți autori dau procente și mai ridicate de mortalitate.

Prognosticul definitiv se poate face numai după a 5-a săptămână de boală și deplinde după concepțiile vechi de :

1. Cantitatea de carne ingerată (numărul trichinelor și localizarea lor).

2. De pregătirea cărnii (cât timp a fost fiartă).

3. De însăși genul epidemiei.

După *Hegler*, moartea survine în a 3-a și a 5-a săptămână de boală în urma unei bronho-pneumonii, debilitatea inimii etc.

Supravegherea inimii trebuie făcută cel mai puțin până în a 10-a săptămână de boală. Menajarea și repausul se impun. Prezența trichinelor în mușchii respiratori provoacă moartea prin complicații pulmonare.

Stadiile cronice și subacute cu mlozite, sunt forme grave în special când este vorba de mușchii inimii.

Prognosticul clar în stadiul cronic depinde în mare măsură de gradul tulburărilor musculare, care pot duce la o atrofie degenerativă a musculaturii la suferință de lungă durată.

Modificările sanghine nu ne dau nicio contribuție în ceea ce privește prognosticul.

În lumina celor presupuse până acum, noi credem că, prognosticul depinde pe lângă masivitatea infestației cu trichine și de intensitatea stărilor de alergie a organismului în această afecțiune. Prin urmare un rol important îl joacă factorul predispozant al organismului (diateza alergică).

În același timp *tratamentul trichinozei* este încă o problemă insuficient pusă la punct. Aceasta o dovedește numărul mare de medicamente încercate fără rezultat. Terapeutica serologică pe lângă greutatea procurării serului s'a dovedit ineficace.

Ca un principiu general de tratament, se consideră ca necesar eliminarea parazitului din organism. Această realizare nu se poate obține decât în cazul când s'ar putea constata infestarea cărnii cu trichine, în prima săptămână de la ingerare, prin mijloace mecanice (spălături gastrice, purgative drastice). Trichinele odată fixate pe mucoasa intestinală și mai ales după pătrunderea lor în mușchi, ele nu mai pot fi distruse prin mijloacele cunoscute. S'a crezut că Faudinul ar avea un rol specific în trichinoză. *Wigand* combate această părere și neagă orice efect terapeutic al Faudinului. Nici noi nu am putut scurta evoluția obișnuită a bolii prin acest tratament.

Trichinoza odată declarată nu poate fi tratată decât simptomatic.

Patogeneza alergică a trichinozei ne indică noul orientări în tratamentul acestei afecțiuni. Pe lângă necesitatea eliminării sau distrugerii trichinelor în organism, se impune și un *tratament antialergic*.

Este adevărat că *Sogemaier* (1938) a avut ideea să administreze *doze mari de calciu* (injecții din Sol. 20-30%) și că a avut rezultate excelente confirmate și de alți autori. Dar, el nu a explicat mecanismul de ac-

țiune al calciului, patogeniza alergică a trichinozei fiind discutată abia în ultimii doi ani.

Astăzi trebuie să se admită că rezultatele bune obținute cu calciu, nu se datoresc numai rolului de închistare a trichinelor, dar mai întâi acțiunii lui antialergice. Numai în acest mod se poate explica rezultatele excelente obținute cu injecții de calciu doze mari, la o fată de 18 ani, bolnavă de trichinoză. După 12 ore de la prima injecție cu calciu, temperatura a scăzut de la 40° C. sub 37° și s'a menținut tot timpul afebrilă.

S'a administrat *adrenalină*, fără a i se fi dat o explicație satisfăcătoare acțiunii ei în trichinoză. Adrenalina este indispensabilă tocmai prin rolul ei antianafilactic și credem că în parte ea ar putea suplini insuficiența medulei glandei suprarenale.

Handloser și *Hațieganu-Fodor* au preconizat în tratamentul sindromului ipoglicemic din trichinoză injecții intravenoase de glucoză. Numai această medicație o considerăm insuficientă. Considerând rolul glandei suprarenale în patogeniza asteniei din trichinoză, credem că ar fi indicat să se încerce un tratament cu *cortină* și *vitamină C*. Prin urmare preconizăm în trichinoză și un tratament cu *extract total de glandă suprarenală*.

Concluzii

Am descris în Sibiu o epidemie de trichinoză cu 15 cazuri. Caracterele particulare a cazurilor noastre sunt:

1. Edemul simetric al dosului mâinilor și picioarelor.
2. Caracterul ușor roșu al edemului feței în unele cazuri, așa cum se găsesc în edemele anafilactice (acestor caractere ar trebui să li se dea o mai mare valoare diagnostică).
3. Aproape toți bolnavii noștri deși aveau oboseală, astenie, erau bine dispuși. Majoritatea dintre ei au avut o poftă de mâncare mărită și o ușoară creștere în greutate (alți autori au descris o stare de deprimare și o diminuare a poftelor de mâncare cu slăbire până la emaciare, chiar cașexie).
4. Tulburări de sensibilitate tactilă la extremități în 2 cazuri.
5. Un bolnav a avut fenomene de acrocianoză.
6. Aproape toți bolnavii noștri au avut insomnie rebelă.

La baza trichinozei trebuie relevată teza lui *Parrius* și *Linneweh*, care susțin că, această afecțiune este o boală alergică. Dar, în timp ce acești autori explică numai în parte simptomatologia acestei afecțiuni prin alergii, noi presupunem că, aproape întreaga simptomatologia acestei boale ar putea fi explicată printr-o stare de alergii cauzată de trichine.

Geneza sindromului ipoglicemic trebuie explicată printr-o insuficiență a glandei supra-renale, cu repercusiuni asupra funcțiunii glicogenetice a ficatului, datorită dezechilibrului sistemului nervos organo-vegetativ, consecința stării de alergare a organismului.

Presupunem că și prognosticul este în funcție de această stare de alergare, de unde greutatea stabilirii unui procent a mortalității. Prognosticul ar fi în funcție de factorul predispozant al organismului greu de definit (dilateza alergică).

Presupunerea acestei patogeneze alergice în trichinoză ne face să credem în necesitatea unei noi orientări în terapia acestor boale.

Preconizăm pe lângă necesitatea eliminării trichinelor din organism și un tratament anti-anafilactic, corectarea dezechilibrului sistemului nervos organo-vegetativ și administrarea de extract total de glandă supra-renală.

Bibliografie:

1. *I. Bougert*: Trichinose-Neue Deutsche Klinik. Bd. 10, pg. 558—584.
2. *Brumpt*: Précis de parasitologie 1932, Masson Paris.
3. *Bubaty Jaques*: Deux cas de trichinose observés a Beyrouth-Soc. de Med. et de Chir. Bordeaux 1941 Mai.
4. *Berger W.-Hansen K.*: Allergie 1940, G. Thieme-Leipzig.
5. *Curschmann*: Lehrbuch der Speziellen Prognostik innerer Krankheiten 1942.
6. *Décourt J.*: Système nerveux de la vie végétatif — Encyclopedie médico-chirurgicale.
7. *Guillaume*: Sympatricotonies, Vagotonies et Neurotonies. (Masson Paris 1928).
8. *Gavrilă-Josan*: Ipoglicemiile spontane și provocate. — Clujul Medical Nr. 9, 1937.
9. *Gavrilă-Ciplea-Florescu*: Forma polimiozitică a trichinozei. Soc. Științelor Medicale, Cluj-Sibiu. Ședința din 23 Martie 1944.
10. *Hațieganu-Fodor*: Sindromul ipoglicemiei cronice în trichinoză. Ardealul Medical Nr. 6, 1942.
11. *Hațieganu-Graur-Secărea*: Infestațiune în masă cu trichină. Soc. Științelor Medicale Cluj. Șed. din 6 Aprilie 1940.
12. *Haller-Kissling*: Über Trichinose? Die Veränderung des Blut bildes bei Trichinose. Med. Klinik, 1941, II. pg. 1056-1059.
13. *Sogemaier E.*: Nouveau traitement de la trichinose par le Calcium (Münch. Med. Wochenschrift 1938, 6 Mai).
14. *Josan*: Stările ipoglicemice. Teză. Cluj, 1936.
15. *Kirchen-Harring-Lederer*: Über eine Gruppenerkrankungen Trichinose. (Dtsch. Mil. Arzt 5209—218, 1940).
16. *Kurschen*: Die Behandlung der Trichinose mit Fuadin. (Forschrt. Ther. 1940. H. 16. Pg. 309-322).
17. *Kämenerer Hugo*: Allergische Diathese und Allergische Erkrankungen 1934.
18. *F. Linneweh - Harinsen*: Zur allergie bei Trichinose-Deutsche Medizinische Wochenschrift Nr. 17—18, 1943.
19. *Lepeschkin E.*: Das Elektrokardiogram, pag 419, 1942 T. Steinkopff-Leipzig.
20. *Matthes-Curschmann*: Lehrbuch der Differential diagnose innerer Krankheiten, 1943, Berlin, I. Springer.
21. *Niculescu-Strat-Iamandi*: Diagnostic etiologic de la septicemie trichinosique. Bull. Acad. Med. Roumanie, 20 Oct. 1937.

22. *Naegeli*: Differentialdiagnose der inneren Medizin, 1943. G. Thien, Leipzig.

23. *Reichmann*: Elektrokardiogram bei Trichinose-Deutsch Mil. Arzt 7, 1942, pag. 448—454.

24. *Spârchez T.*: Trichina spiralis. Pag. 418. Tratat Elementar de Semiologie și patologie medicală. Hațieganu-Goia, Cluj, 1936.

25. *Spaeth - Harold*: Die Diagnose der Trichinose Mittels Hauttest und Komplementbindungsreaktion Deutsche Med. Wochenschrift Nr. 38, 1942, pag. 935.

26. *Schmidt-Walter*: Erfahrungen Wären einer Trichinose Epidemie. Med. Klinik 1941, II, pag. 1180—1181.

27. *Senévet G.*: Trichinose. Encyclopedie médico-chirurgicale 1935, pag. 8155.

28. *Vasilu T.*: La trichinose 1918 (Extrait des Comptes Rendue des Seances de la Reunion Médicale de la II-ème Année Bacău).

29. *Wigand*: Die Arzneimitteltherapie der Trichinosis des Menschen - Fschr. Thr. 1942, H. 12, pg. 400.

30. *Wenderoth*: Über Schäden des Kreislaufapparates bei trichinose-Deutsche Militärarzt, 1942, H. 11, pg. 687.

CLINICA MEDICALĂ II.

Director: Prof. Dr. I. Goia.

RESUMÉ

L'Allergie et le Syndrome Hypoglycémique dans la trichinose

(En relation avec 15 cas.)

En Février 1943, les Auteurs ont observé à Sibiu, une épidémie de 15 cas de trichinose. Douze malades (80%), ont présenté une hypoglycémie variant entre 80-60 mgr. %.

Basés sur l'affirmation de Parrisius et Linneweh qui soutiennent la nature allergique de l'œdème, de l'hyperéosinophilie et des lésions urticariiformes de la trichinose, les auteurs ont essayé d'expliquer presque toute la symptomatologie de la trichinose par l'allergie produite par la trichine.

La genèse du syndrome hypoglycémique peut s'expliquer par une insuffisance de la glande surrénale qui trouble la fonction glycogénique du foye, à cause du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif (vagotonie) ou bien à cause d'une inflammation séreuse de cette glande due à l'état allergique de l'organisme.

Les auteurs ne croient pas que l'asthénie puisse être expliquée rien que par l'hypoglycémie.

On doit admettre une insuffisance non seulement de la médullaire, mais aussi de la partie corticale de la surrénale. La pathogénèse allergique de la trichinose donne à la thérapeutique de cette maladie de nouvelles orientations. C'est pourquoi les auteurs préconisent à côté de la nécessité de l'élimination des trichines de l'organisme, un traitement anti-anaphylactique, l'administration d'extract total de surrénale et une médication dirigée contre le déséquilibre du système nerveux neuro-végétatif.

Le pronostic de la trichinose dépend du facteur prédisposant de l'organisme, facteur difficile à définir — la diathèse allergique.

Voici les caractères particuliers des cas communiqués:

1. L'œdème symétrique des faces dorsales des mains et des pieds.

În următoarele domenii de întrebuințare, medicul are la dispoziția sa în

Kamillen-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

un terapeutic de un efect curativ, pronunțat intens și rapid.

1 CA TERAPEUTIC VAGINAL ÎNSĂȘI

În tratamentul leucoreei hotărât constituționale, la vulvovaginită, eroziuni ale colului, ragade pe vulvă și vagin, colpita senilă.

2 PENTRU A FAVORIZA VINDECAREA LA ORICE TERAPIE VAGINALĂ MEDICAMENTOASĂ, PRECUM ȘI PENTRU TRATAMENTUL INTERMEDIAR ȘI FINAL

INTREBUINȚARE

În general se va introduce la 2 zile 1 bujiu, numai în cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare, simplu și curat ale bujiurilor de Spuman, dă medicului garanția că prescrierile sale vor fi urmate de pacientă întocmai și cu plăcere.

3 CA DESODORANT VAGINAL

În deosebi la leucoree carcinomatoasă, la lochii fetide în lehozie.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK,
„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8 — BUCUREȘTI, I

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapeutică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B,

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrите de orice origine și localizare, și polinevrите cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

2. La couleur rougeâtre de l'œdème de la face, chez certains malades, tel qu'on l'observe dans les œdèmes anaphylactiques (on devrait attribuer une plus grande valeur diagnostique à ces caractères).

3. Presque tous les malades, bien qu'asthéniques, étaient pourtant de bonne humeur.

La majorité d'entre eux avaient un bon appétit et augmentaient de poids.

4. Deux cas présentaient des troubles tactiles.

5. Un malade a présenté une acrocyanose.

6. Tous les malades se sont plaints d'une insomnie rebelle pendant les premières 4-6 semaines de la maladie.

ZUSAMMENFASSUNG

Allergie und hypoglykämisches Syndrom bei Trichinose

(In Zusammenhang mit 15 Fällen)

Februar 1943 beobachteten die Verfasser in Sibiu-Hermannstadt, eine Trichinose Epidemie von 15 Fällen. In 12 dieser Fälle wurde eine Hypoglykämie festgestellt, die zwischen 87 und 60 mgr. % schwankte, also in Prozenten 80 aus machte

Auf Grund der von Parrisius und Linnerwech vertretenen Ansicht dass die Oedeme, die Eosinophilie sowie die urtikariformen Erscheinungen der Trichinose allergischer Natur sind, versuchten die Verfasser die gesamte Symptomatologie der Trichinose als durch die Trichinen bedingte allergische Manifestationen zu erklären.

Die Genese des hypoglykämischen Syndroms kann einerseits durch eine Insuffizienz der Nebenniere erklärt werden, die eine Gleichgewichtsstörung des organo-vegetativen Nervensystems und zwar durch eine Dagotomie

Störung der glyceogenetischen Funktion der Leber bewirkt; andererseits kann eine seröse Entzündung dieser Drüse, bedingt durch eine Allergisierung des Organismus, als genetisches Moment angesehen werden.

Die Verfasser nehmen an dass die Asthenie nicht allein durch die Hypoglykämie erklärt werden kann. Gleichzeitig mit der Insuffizienz der Marksubstanz muss auch eine solche der Nebennierenrinde angenommen werden.

Die allergische Pathogenie der Trichinose muss der Therapie dieser Krankheit neue Wege weisen. Daher empfehlen die Verfasser ausser der notwendigen Ausscheidung der Trichinen aus dem Organismus, auch eine anti-anaphylaktische Behandlung, Wiederherstellung des Gleichgewichts des organo-vegetativen Systems, sowie Verabfolgung von Total Extrakt der Nebenniere.

Die Prognose der Trichinose ist von dem-Schwer zu definieren-dem-praedisponirenden Factor der allergischen Diathese, bedingt.

Die mitgeteilten Fälle wiesen folgende Besonderheiten auf:

1. Symetrisches Oedem der Hand- und Fussrücken.
2. Leicht rötliche Färbung des Gesichtsoedems in einigen Fällen ähnlich wie bei den anaphylaktischen Oedemen (diesem Merkmal muss ein grösserer diagnostischer Wert beigemessen werden).
3. Fast alle Kranken waren trotz Müdigkeit und Asthenie gut gelaunt. Bei der Mehrzahl konnte eine gesteigerte Esslust sowie eine leichte Gewichtszunahme festgestellt werden.
4. Störungen der taktilen Sensibilität der Extremitäten in 2 Fällen.
5. Ein Kranken wies Akrozyanose auf ersten 4-6 Wochen.
6. Alle Kranken litten während der Krankheit an Schlaflosigkeit.

Sistemul nervos central și funcțiunea de apărare

I. Rolul centrilor organo-vegetativi hipotalamici în activitatea fagocitară (Contribuțiuni experimentale)

de

Gr. Benetato, I. Baciș și L. Vlad

Apărarea organismului împotriva agenților patogeni, precum și împotriva tuturor corpurilor, care prin prezența lor în mediul intern amenință „individualitatea organică” și specificitatea chimică a organismului — cum sunt elementele celulare și proteinele străine, resturile din elementele celulare proprii și proteinele proprii denaturate — este un proces complex la care participă întreaga economie.

De fapt, pe lângă punerea în joc a factorilor de apărare proprii și (fagocitoză, elaborarea anticorpurilor și a fermenților de apărare), procesul de apărare se traduce și prin reacțiuni termice (febră) însoțite de modificări metabolice profunde, cu degradarea accentuată a proteinelor, retenție de apă, hiperglicemie, etc.

Reacțiile din urmă, deși nu au un rol direct în procesul de apărare decât în cazuri excepționale, cum ar fi acela al infecției gonococice sau sifilitice în care temperatura ridicată micșorează în mod evident vitalitatea și capacitatea de înmulțire a agenților patogeni (Shamberg-Rule, Bessemans), totuși ele survin în mod constant în toate procesele infecțioase având, după unii autori (Hoff, Weichardt), prin activarea organelor hematopoetice și a funcțiunilor celulare pe care o produc, un efect adjuvant în efortul de apărare (Weichardt) și fiind un indiciu prețios al acestui efort.

Activarea fagocitozei și elaborarea anticorpurilor angajează organele hematopoetice și sistemul reticulo-endotelial, care este dispersat în numeroasele organe (ficat,

splînă, măduva oaselor, organe limfatice și țesut conjunctiv). De fapt nimeni nu se îndoește de participarea activă la efortul de apărare a sistemelor fagocitare mobile și fixe; iar rolul sistemului reticulo-endotelial ca organul formator al anticorpilor a fost demonstrat prin blocarea acestui sistem cu ajutorul substanțelor pulverulente (tuș de China, zaharat de fier, carmin, tripanblau), care întârzie apariția anticorpilor (*Singer-Adler*); cât și prin cercetările care au arătat, că apariția aglutininelor anticolerice, antitifrice și antidezinterice, după infectarea animalelor are loc la început în organele bogate în țesut reticulo-endotelial (splînă, măduva oaselor, ganglionii limfatici) și abia la câteva zile după aceasta (*Pfeiffer-Marx, de Castellani*).

Dacă privind efortul de apărare în întregime luăm în considerare pe lângă reacțiile de apărare propriu zise și cele de însoțire, care se efectuează cu toate organele care iau parte la procesele de termo-regulare și cele metabolice în general, cum sunt tiroida, suprarenalele, ficatul, etc., trebuie să recunoaștem că acest efect angajează organismul în întregime. Ceea ce impresionează în efortul de apărare este în deosebi ordinea în care survin diferitele reacțiuni în timpul unui proces infecțios. După *Hoff* în reacția de apărare deosebit în mod schematic două faze, dintre care prima se caracterizează prin hipertermie, leucocitoză cu tendință mieloidă, scăderea rezervelor alcaline (acidoză), creșterea metabolismului cu degradarea mai accentuată a proteinelor, hiperglicemie, hipocolesterolemie și în general predominanța simpaticului cu capilaroconstricție, retenție de apă, scăderea activității glandelor digestive, iar faza a doua prin modificări de sens contrar cu predominanța parasimpaticului, leucopenie cu o tendință limfoidă, etc.

Punerea în joc a unui număr atât de mare de organe și regularitatea cu care se desfășoară reacțiile caracteristice efortului de apărare presupune existența unui dispozitiv central de coordonare a acestor reacțiuni.

Faptul că efortul de apărare se traduce în mod regulat prin modificările termice și metabolice caracteristice reglementate de centrul organo-vegetativ din hipotalamus (centrul termoregulator — *Isenschmid și Krehl*, centrul metabolismului hidric și al hidraților de carbon — *Camus și Roussy, Zunz și La Bare*, centrul sudoral și vaso-motor — *Karplus și Kreidl*, întărește și mai mult presupunerea că și reacțiile de apărare propriu zise (leucocitoză, fagocitoză, elaborarea anticorpilor) trebuie să aibă un mecanism asemănător localizat în același regiune (*Hoff*).

Deși în literatura medicală din ultimii ani se vede tendința de a atribui centrului organo-vegetativ rolul de coordonare a proceselor de apărare propriu zise (*Hoff*), totuși trebuie să recunoaștem că această tendință este bazată deocamdată numai pe observații clinice și cercetări incomplete, cu rezultate contradictorii,

Corelațiile între starea sistemului nervos organo-vegetativ și capacitatea organismului de a elabora substanțele de apărare cu acțiunea specifică, adică anticorpii propriu zisi, au fost studiate prin numeroase cercetări experimentale, dintre care primele datează chiar de la sfârșitul secolului trecut, iar rezultatele obținute sunt puțin concludente. Astfel *Salomonsen și Madsen* au arătat încă în 1897 că pilocarpina mărește puterea antitoxică a serului la câini tratați cu toxină difterică. Cercetările autorilor suedezi au fost reluate în 1924 de *Reitler* care a constatat de asemenea că diminuarea tonusului parasimpatic prin atropină micșorează capacitatea organismului de a produce anticorpi. Dintre autorii români *V. Papilian* a fost cel dintâi care a studiat rolul sistemului nervos în procesul de apărare (1925), arătând că substanțele parasimpaticolitice (atropină) și mai ales cele simpaticotrope (adrenalină) favorizează producția infecțiilor stafilococice la câini. Printr-o serie de cercetări începute la 1926 *Belák* și colaboratorii săi au arătat de asemenea că substanțele parasimpaticotrope (pilocarpină) măresc capacitatea organismului de a produce anticorpi cu acțiunea specifică (aglutinine antiparatifrice, hemolizine, etc.), iar substanțele parasimpaticolitice (atropină) și cele simpaticotrope (tiroxină, adrenalină) o scad.

În ce privește substanțele de apărare care se află în stare preformată în sânge cum sunt opsoninele și alexinele ele se comportă invers față de excitanții sistemului nervos organo-vegetativ decât anticorpii, și anume concentrația lor crește prin excitarea sistemului simpatic și scade când se exagerează tonusul parasimpatic, fapt constatat atât de elevii lui *Belák*, cât și de *Papilian-Rusu*.

Din cercetările expuse reiese că sistemul nervos parasimpatic favorizează elaborarea substanțelor de apărare cu acțiune specifică, iar cel simpatic mărește concentrația substanțelor de apărare cu acțiune nespecifică.

Spre deosebire de autorii amintiți sunt și cercetătorii care atribuie sistemului simpatic rolul de a favoriza elaborarea anticorpilor, cum este de ex. *Bögendörfer*, care a constatat că substanțele simpaticolitice, cum este de ex. ergotamina împiedică formarea aglutininelor, sau susțin că reacțiile de apărare propriu zise (fagocitoză, elaborarea anticorpilor) nu sunt influențate de sistemul nervos organo-vegetativ, întrucât extirparea bilaterală a lanțului simpatic și a ganglionilor prevertebrali, făcută după tehnica lui *Cannon* nu modifică puterea bactericidă a sângelui (*Went*), iar administrarea de atropină sau pilocarpină nu influențează titrul de aglutinare antitifric (*Joachimoglu-Wada*).

Dacă cercetările de până acum n-au putut aduce lămuriri în ce privește rolul sistemului nervos organo-vegetativ în producerea de anticorpi, în schimb ele au precizat rolul centrului nervos în leucopoeză. Astfel cercetările și observațiile clinice făcute de *Hoff-Linhardt*

(1928), *Rosenow* (1929), *Beer* (1935), completate de cele ale lui *Gottsegen* (1932—1937), *Paschis-Mortos* (1938), *Fuziike* (1938), au arătat că centrul nervos superior situat deasupra măduvei cervicale și localizat probabil în corpul striat, talamus și regiunea hipotalamică stimulează activitatea organelor hematopoetice favorizând formarea leucocitelor din seria mieloidă. De fapt excitarea acestor centrul prin înțepare (piqûre terminique) produce, după cum a arătat *Rosenow* și *Borchardt* la câini, concomitent cu o hipertermie, și o iritație a sistemului leucopoetic cu o polinucleoză neutrofilă și apariția polinuclearelor în baston care atinge maximum la 4—5 ore după înțepare. Același efect poate fi obținut prin însuflarea ventricolilor cerebrali care produce la 4—6 ore după intervenție în mod regulat o leucocitoză neutrofilă cu deviere spre stânga a tabloului leucocitar (*Hoff*).

Și observațiile clinice pledează pentru existența unui dispozitiv central care reglementează activitatea sistemului leucocitar. Astfel s'a constatat că leziunile spontane și cele operative, localizate în vecinătatea ventricolului al III-lea, în special cele care determină o creștere a presiunii intraventriculare (hemoragie, epilepsie), produc în mod regulat o polinucleoză neutrofilă (*Müller, Högner* și *Olaf Römcke*).

Punerea în joc a centrilor nervosi, care reglementează producția de leucocite în condiții fiziologice se face pe cale umorală sub acțiunea produșilor rezultați din distrugerea leucocitelor și a celulelor proprii în general, iar în condiții patologice sub influența corpurilor și a produșilor microbieni, a elementelor celulare străine și a proteinelor străine și proprii denaturate (cazemat de sodiu, cazeozan). De la centrul organo-vegetativ stimulul leucostimulator se transmite prin căile medulare centrilor organo-vegetativi subiacenți, iar de acolo organelor intermediare, cum este ficatul și suprarenalele care acționează apoi asupra organelor hematopoetice. Transmiterea stimulului prin măduvă e demonstrată de către *Hoff-Linhardt*, care au arătat că leucocitoza care se produce în mod regulat la iepuri după administrarea intravenoasă a unei emulsii de microbi nu are loc dacă în prealabil se secționează măduva cervicală.

Efectul excitației se traduce prin apariția unei substanțe numită de către *Gottsegen* leucopoetină sau neutrofilină de către autorii japonezi *Muto-Chuji-Anan Mitsuyoshi* și *Takahoshi*, substanță care după autorii japonezi amintii se formează în ficat și acționează pe cale umorală asupra organelor leucopoetice.

Deci stimulul născut în centrul organo-vegetativ se transmite organelor producătoare de leucocite în ultima etapă pe cale umorală, fapt care a fost demonstrat și de către *Beer* prin experiențele făcute prin parabioză pe iepuri. Din cercetările expuse reiese că leucopoeza este reglementată de centrul nervos organo-

vegetativ superior localizat deasupra măduvei cervicale, probabil în regiunea hipotalamică.

Făcând bilanțul tuturor cercetărilor care s'au făcut cu scopul de a elucidă rolul centrilor organo-vegetativi superiori în funcțiunea de apărare a organismului, constatăm că aceste cercetări au relevat existența unui mecanism central de reglementare a leucopoezei fără să aducă vreo lămurire în ce privește coordonarea centrală a proceselor de apărare propriu zise, cum este activitatea fagocitară și elaborarea anticorpurilor. Unica lucrare făcută în acest sens, a lui *Bögendörfer* (1927), care a arătat că secțiunea măduvei cervicale împiedică formarea aglutininelor antiparatifice, nu este făcută în condiții de experimentare ireproșabile, întru cât este imposibil ca lezarea atât de gravă a măduvei, prin re-percursiunile pe care le are asupra proceselor trofice să nu influențeze în mod indirect și elaborarea anticorpurilor, cu atât mai mult, cu cât intervalul în care are loc acest proces este suficient de lung ca să coincidă cu instalarea tulburărilor trofice.

Cercetări personale.

În lucrarea de față noi ne-am propus să studiem influența centrilor organo-vegetativi superiori asupra activității sistemului fagocitar mobil.

Existența unui dispozitiv central de reglementare a fagocitozei ni s'a părut, cu atât mai posibilă, cu cât activitatea fagocitară se modifică prompt după nevoile organismului fiind influențată de o serie de organe cum este în special glanda tiroidă și splina, care prin produșii lor exercită un efect leucoactivant. Atenția noastră s'a îndreptat în primul rând asupra regiunii hipotalamice. Pentru a preciza dacă centrul din această regiune are vreo influență asupra reacției de apărare noi am excitat-o cu curent electric și am determinat activitatea fagocitară a sângelui recoltat înainte și după excitație.

Cercetările noastre s'au făcut pe câini, dintre care unii au fost anesteziați cu cloraloză, iar alții cu dolactin și alcool-eter. Descoperirea regiunii hipotalamice și excitarea centrilor nervosi din această regiune s'a făcut cu tehnica lui *Karplus-Kreidl*, care se practică la Institutul de Fiziologie de 8 ani. Condițiile în care se practică această intervenție la Institutul de Fiziologie sunt atât de bune, încât unele animale la care operația se face în mod aseptice supraviețuiesc după experimentare. Excitarea s'a făcut cu ajutorul unui electrod bipolar de platină cu un curent de inducție, intensitatea curentului primar fiind de 4 volți, numărul tururilor din bobina secundară fiind aproximativ de 20.000, iar distanța între bobina primară și secundară de 15 cm.

Pentru a evita excitarea zonelor vecine, electrodul întrebunțat de noi a fost izolat pe toată lungimea cu

ajutorul unei bande de izolare, iar vârfurile lăsate libere pe o distanță de 2—3 mm.

De obicei s'a excitat regiunea situată înafara și înapola țelului pituitar, adică zona tuberulară propriu zisă și cea mamilară. În timpul excitației s'au luat toate precauțiunile pentru a evita, distrugerea substanței nervoase din regiunea excitată. Astfel cele două brațe ale excitatorului situate la o distanță de 2 mm. au fost foarte înguste având un diametru de 0,7 mm. Aplicarea excitatorului s'a făcut prin introducerea vârfului în substanța nervoasă pe o adâncime de 2—5 mm. Durata excitației a fost de 1 minut.

Pentru a evita erorile de experimentare datorite influenței narcozei și a intervenției, recoltarea sângelui înainte de excitație s'a făcut după deschiderea cavității craniene și descoperirea hipotalamusului și la o oră până la 4 ore după excitarea acestei regiuni. Recoltarea sângelui s'a făcut totdeauna din vena jugulară.

Activitatea fagocitară a fost încercată din sângele integral, cu tehnica lui *Hamburger*, modificată de *Radsma*, care determină capacitatea leucocitelor de a îngloba granule de amidon.

Sângele imediat după recoltare se introduce în ser fiziologic în proporție de 5 picături de sânge la 20 cmc. de Cl Na 0,9%. Emulsia obținută de centrifughează cu o viteză de 1500 ture pe 1', iar sedimentul obținut după două spălări succesive se disolvă în 1 cmc. de ser fiziologic. Emulsia de elemente figurate astfel preparată se amestecă cu 0,5 cmc. de ser sanguin recoltat de la animalul în experiență și cu 0,25 cmc. din emulsia de amidon 1%. (*Amylum tritici*). În majoritatea cazurilor determinarea activității fagocitare s'a făcut în așa fel ca elementele figurate recoltate înainte și după excitarea hipotalamusului să fie amestecate cu serul sanguin corespunzător, cu alte cuvinte s'a determinat activitatea fagocitară a sângelui integral, recoltat înainte și după excitarea hipotalamusului. Totuși în unele cazuri, pentru a preciza dacă excitarea hipotalamusului influențează direct activitatea leucocitelor, ceea ce părea la început puțin probabil, sau prin intermediul serului, s'au făcut și probe încrucișate, amestecând elementele figurate recoltate înainte de excitație cu serul sanguin recoltat după excitarea hipotalamusului și invers. Amestecul de globule, ser și emulsia de amidon au fost ținute timp de 30 minute la temperatura de 37°, fiind agitate la intervale egale de câte 5 minute.

După 30 minute amestecul a fost tratat cu un volum egal de acid acetic 1%. După 10 ore, timp în care cea mai mare parte din globulele roșii se distrug, o parte din lichid, aproximativ 0,2 cmc., se întinde pe lamă, se usucă și se colorează cu colorantul lui *Van*

Walsem (oxalat de amoniu- 0,550 gr., glucoză- 0,200 gr., glucoză- 0,200 gr., hidrat de sodiu- 0,030 gr. azur II (Giemsa)- 0,125 gr., apă distilată ad. 100 cmc.).

Cercetările noastre au arătat că metoda lui *Radsma* dă valori constante numai atunci când determinarea se face în prezența serului sanguin. În lipsa serului rezultatele variază foarte mult.

Concomitent cu măsurarea activității fagocitare s'a făcut și determinarea numărului de leucocite și a formulei leucocitare din sângele recoltat înainte și după excitarea hipotalamusului. Această determinare ni s'a părut cu atât mai necesară, cu cât cercetătorii cari au relevat existența centrului nervos de coordonare a leucopoezei, localizându-l în regiunea hipotalamică, au făcut această localizare nu prin excitarea directă a hipotalamusului, ci în baza observațiilor anatomo-clinice și prin înțeparea encefalului, înțepare care interesează mai multe regiuni. De altfel localizarea hipotalamică a centrului regulator a leucopoezei nici nu este unanim admisă. Astfel, de ex : *Hoppe Reiner* a constatat pe oameni că din 49 cazuri la care s'a făcut insuflarea ventricolului al III-lea, 19 n'au reacționat prin leucocitoză, pe când în alte cazuri polinucleoza a putut fi obținută prin simpla intervenție pe cavitatea craniană, ajungând la concluzia că rezultatele obținute nu constituiesc o dovadă că centrul de coordonare a leucopoezei este localizat în hipotalamus. În sprijinul celor susținute de *Hoppe Reiner* vin și cercetările experimentale ale lui *Gottsegen*, care a constatat că narcoticele de bază (luminal) nu inhibează la om și animale leucocitoza provocată prin pirifer. Pentru a lămurii chestiunea atât de controversată a localizării centrului regulator a leucopoezei noi am crezut de bine să urmărim efectul excitației hipotalamusului și asupra leucopoezei.

Pentru a determina activitatea fagocitară s'au cercetat de fiecare dată peste 1000 de leucocite și s'a precizat numărul leucocitelor care au fagocitat. Raportul între numărul leucocitelor cari prezintă semnele de fagocitoză și totalul leucocitelor, exprimat în procente constituie indicele activității fagocitare. Tot în procente a fost exprimată și diferența între activitatea fagocitară constatată înainte și după excitarea hipotalamusului. Rezultatele obținute la 5 câini au fost trecute în tabloul alăturat (A) și reprezentate grafic în figura de alături. Din datele obținute reiese că excitarea hipotalamusului produce în mod regulat creșterea numărului leucocitelor cu o neutrofilie și limfopenie și în același timp o exagerare a activității fagocitare. Intradevăr de fiecare dată activitatea fagocitară a crescut în urma excitației cu 40—60%, iar numărul leucocitelor cu 6000—12.000 pe 1 mmc.

EFECTUL EXCITĂRII HIPOTALAMUSULUI ASUPRA ACTIVITĂȚII FAGOCITARE ȘI A LEUCOPOEZEI

A) ANIMALE NORMALE

Numărul animalelor de experiență	Numărul leucocit. pe 1 mm ³	Formula leucocitară	Numărul total al leucocit. cercetate	Numărul leucocit. cari au fagocitat	Procentul leucocit. cari au fagocitat	Intervalul între excitare și recoltarea sângelui	Numărul leucocit. pe 1 mm ³	Formula leucocitară	Numărul total al leucocit. cercetate	Numărul leucocit. cari au fagocitat	Procentul leucocit. cari au fagocitat	Modificarea puterii fagocit. în urma excitării hipotalamusului (în procente)	Observații
Căinele 8 9,5 kg.	25.600	--	1.545	329	20,64	1 ^h	40.500	—	1 169	394	33,7 ⁰ / ₀	+ 63,2	narcoză : dolantin alcool + eter
Căinele 7 11,0 kg	10.000	N. 61 ⁰ / ₀ E. 1 ⁰ / ₀ Bt. 7 ⁰ / ₀ (în baston) L. 27 ⁰ / ₀ M. 4 ⁰ / ₀	1.019	187	18,35	1 ^h	—	—	1 090	291	26,7 ⁰ / ₀	+ 45,5	narcoză : dolantin alcool + eter
						4 ^h	16 000	N. 73 ⁰ / ₀ Bt. 17 ⁰ / ₀ L. 9 ⁰ / ₀ M. 2 ⁰ / ₀	510	144	28,23 ⁰ / ₀	+ 54,0	
Căteia 26 11.0 kg.	10.250	N. 57 ⁰ / ₀ E. 1 ⁰ / ₀ Bt. 4 ⁰ / ₀ L. 31 ⁰ / ₀ M. 7 ⁰ / ₀	889	201	22,6	1 ^h	16.750	N. 69 ⁰ / ₀ E. 1 ⁰ / ₀ Bt. 0,5 ⁰ / ₀ L. 19,5 ⁰ / ₀ M. 6 ⁰ / ₀	855	271	31,7	+ 40,3	narcoză : cloraloză
						3 ^h	19.300	N. 70 ⁰ / ₀ E. 0,5 ⁰ / ₀ Bt. 4,5 ⁰ / ₀ L. 18 ⁰ / ₀ M. 6,5 ⁰ / ₀					
Căinele 2 7,5 kg.	4.200	N. 43 ⁰ / ₀ B. 0,5 ⁰ / ₀ E. 1,5 ⁰ / ₀ Bt. 4 ⁰ / ₀ Lt. 48 ⁰ / ₀ M. 3 ⁰ / ₀	1.098	219	20,0	1 ^h	5.200	—	527	171	32,45	+ 60,25	narcoză : cloraloză
						4 ^h	25.500	N. 73 ⁰ / ₀ B. 0,5 ⁰ / ₀ E. 5 ⁰ / ₀ Bt. 7,1 ⁰ / ₀ L. 12 ⁰ / ₀ M. 2 ⁰ / ₀	510	158	31,0	+ 55,0	
Căinele 12 4,0 kg.	8 400	N. 69 ⁰ / ₀ E. 2 ⁰ / ₀ Bt. 5 ⁰ / ₀ L. 18 ⁰ / ₀ M. 6 ⁰ / ₀	506	152	30,0	2 ^h	20.400	N. 76 ⁰ / ₀ E. 1 ⁰ / ₀ Bt. 11 ⁰ / ₀ L. 7 ⁰ / ₀ M. 5 ⁰ / ₀	502	177	35,25	+ 17,5	narcoză : dolantin alcool + eter
Cifre medii	11 690				21,91		20 525				30,86	+ 40 8	

B) ANIMALE CU MĂDUVA SECȚIONATĂ

Căteia 21 18,0 kg.	15.050	N. 77% E. 1% Bt. 8% L. 8% M. 6%	838	222	26,5	1 30'	15.100	N. 80% E. 1% Bt. 8% L. 9% M. 3%	695	170	24,4	— 8,0%	12. II. 1944. Secționarea măduvei la nivelul vertebrei 6-a cervicale. — 15. II. 1944. Descoperirea regiunii hipotalamice. Narcoză : dolantin, eter + alcool.
Căinele 18 10,0 kg.	18.500	N. 87,5% E. 0,5% Bt. 1% L. 7% M. 4%	1.465	356	24,3	1h	16.300	N. 86% E. — Bt. 2% L. 9% M. 3%	1.001	266	26,6	+ 9,4	7. II. 1944. Secționarea măduvei la nivelul vertebrei 6-a cervicale. — 8. II. 1944. Descoperirea regiunii hipotalamice. Narcoză : dolantin, eter + alcool.
Cifre medii	16.775				25,4		15 700				25,5	+ 0,4	

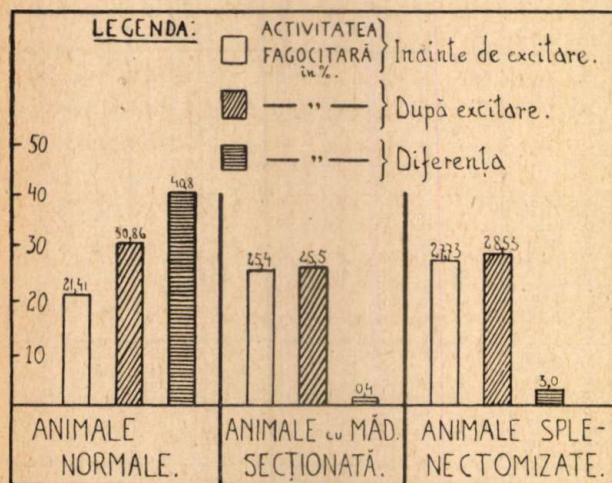
C) ANIMALE SPLENECTOMIZATE

Căinele 24 18 kg.	10.050	N. 51% E. 3,5% Bt. 2% L. 40% M. 3,5%	712	179	25,30	1 30'	16 300	N. 76% E. 1% Bt. 3% L. 17% M. 3%	579	142	24,52	— 3,0	narcoză : clo- raloză
Căinele 25 18 kg.	5.500	N. 65% E. 0,5% Bt. 4,5% L. 26% M. 4%	704	229	31,80	1h	9 300	N. 76,5% E. 0,5% Bt. 2% L. 18% M. 3%	915	305	33,09	+ 4,0	Narcoză : clo- raloză
Căinele 27 7,5 kg.	14.600		870	235	26,09	1h	—		943	264	27,99	+ 6,8	Narcoză : clo- raloză
Cifre medii	7.775				27,73		12.800				28,53	+ 3,0%	

Pentru a preciza dacă variațiile activității fagocitare provocate prin excitarea hipotalamusului sunt datorite modificărilor survenite în leucocitele însăși sau în serul sanguin, noi am făcut probe încrucișate amestecând elementele figurate recoltate înainte de excitare cu serul recoltat după excitare și invers. Iată care sunt de ex. rezultatele obținute la animalul Nr. 2:

Căinele 2 7,5 kg	Globule înainte de excitare Ser înainte de excitare	Globule după excitare (1h) Ser după excitare (1h)	Globule după excitare (4h) Ser după excitare (4h)	Globule după excitare (1h) Ser înainte de excitare	Globule înainte de excitare Ser după excitare (1h)
Activitatea fagocitară în %	20%	32,45%	31,0%	20,96%	33,20%

Din aceste date reiese că activitatea fagocitară în urma excitării centrilor din regiunea hipotalamică este datorită modificărilor survenite în serul sanguin a cărui proprietate de a activa fagocitoza (*leucoactivantă*) se accentuează în urma excitării.



În partea a doua a lucrării noi ne-am propus să stabilim traseul pe care-l urmează stimulul pornit din regiunea hipotalamică și organele prin care mărește puterea leucoactivantă a serului.

Se știe că centrul hipotalamic este legat de periferie prin intermediul fibrelor descendente dintre care unele (tracul hipotalamicohipofizar) se termină în hipofiză, punând prin intermediul acesteia centrul nervos organo-vegetativ în legătură cu întregul sistem endocrin, iar celelalte se termină în centrul organo-vegetativ din protuberanță, bulb și măduvă. Pentru a preciza care din cele două căi urmează stimulul hipotalamic activator al fagocitozei, noi am urmărit efectul excitării hipotalamusului asupra fagocitozei pe animala care în prealabil s'a secționat măduva între a 5 și a 6 vertebră cervicală. Excitarea se făcea la o zi două după secționarea măduvei, iar recoltarea sângelui pentru măsurarea activității fagocitare, determinarea numărului de leucocite și a formulei leucocitare se făcea

după descoperirea hipotalamusului și la 1—1,½ ore după excitarea acestor regiuni. Din analiza acestor rezultate reiese că secționarea măduvei cervicale înlătură complet efectul excitării hipotalamusului asupra leucocitozei și activității fagocitare, ceea ce dovedește că stimulul hipotalamic care influențează activitatea fagocitară descinde de-a-lungul căilor hipotalamico-medulare. Întrădevăr la animalele cu măduva secționată variațiile numărului de leucocite și a formulei leucocitare, survenite în urma excitării hipotalamusului, sunt puțin însemnate, iar activitatea fagocitară se modifică în limita greșelilor tehnice (8—9%) în medie 0,4% (tabloul B și grafica alăturată).

În ultima parte a lucrării, noi am căutat să stabilim organele prin intermediul cărora stimulul acționează asupra sistemului fagocitar mobil. Atenția noastră s'a îndreptat la început spre glanda tiroidă și splină, care prin secreția lor influențează în mod remarcabil fagocitoza și s'a fixat la urmă asupra splinei.

Intervenția tiroidel nu s'a părut totuși puțin probabilă din cauză că hormonul tiroidian, după cum au arătat în 1924—25 elevii lui L. Ascher, Furuya K. și J. Abe, mărește fagocitoza prin acțiunea directă asupra leucocitelor, ori din cercetările noastre reiese că excitarea regiunii hipotalamice se traduce prin creșterea proprietății leucoactivante a serului.

În ce privește splina rolul acestuia în fagocitoză constă în intervenția sistemelor fagocitare fixe din splină, care fixează agenții patogeni și corpurile străine și în activarea sistemului fagocitar mobil. Rolul sistemelor fagocitare fixe din splină a fost demonstrat prin cercetările experimentale făcute de Ponfick, Metchnikoff, Hoffmann, iar importanța secreției splenice în activarea sistemului fagocitar mobil a fost demonstrată abia în ultimul timp de către Schliephake — 1931, Judina — 1933, Messina — 1936 și Goreczky-Ludany — 1937.

Goreczky-Ludany explică acțiunea splinei prin conținutul mărit al sângelui splenic în colesterolă, care se varsă atunci când splina se contractă sub acțiunea impulsului simpatic, mărină activitatea fagocitară.

Explicația autorilor unguri pare să fie puțin probabilă într-un câșt colesterolul, după cum au dovedit cercetările lui B. Stuber din 1913, confirmate în ultimii ani de Fethke (1939) și Tallo-Parrino (1936), inhibează fagocitoza in vitro. Maurer-Schliephake au izolat din splină un hormon numit prosplen care exagerează fagocitoza printr-un mecanism dublu și anume prin întărirea activității opsoninelor normale și prin acțiunea directă asupra leucocitelor.

Pentru a verifica presupunerea noastră prin care s'a atribuit splinei rolul de organ intermediar în transmiterea efectului leucoactivant al stimulului hipotalamic asupra sistemului fagocitar mobil, noi am urmărit efectul excitării hipotalamusului pe animale splenectomizate

Excitarea centrilor hipotalamici s'a făcut la o oră după splenectomie, iar recoltarea sângelui pentru măsurarea activității fagocitare s'a făcut după splenectomie și descoperirea hipotalamusului și la 1—1,1/2 ore după excitarea acestor regiuni. Paralel cu fagocitoza s'au urmărit și modificările survenite în numărul leucocitelor și în formula leucocitară.

Rezultatele obținute sunt trecute în tabloul C și reprezentate grafic în figura Nr. 1.

După cum se vede din cifrele înregistrate excitarea hipotalamusului la animalele splenectomizate produce o leucocitoză cu tendință mieloidă și rămâne fără efect asupra activității fagocitare, ceea ce dovedește că splina nu intervine în realizarea efectului leucostimulant declanșat de centrul organo-vegetativ superior, în schimb participă în mod activ la reacția leucoactivantă produsă prin excitarea acestor centril. Cercetările noastre nu precizează natura substanței leucoactivante eliberată de splină sub acțiunea stimulului hipotalamic. Ea poate fi identică cu hormonul splenic al lui *Maurer-Schliephake* sau chiar cu opsoninele normale, întru cât să știe din cercetările lui *Wright-Douglas*, *Dudgeon-Shattock* că și înglobarea particulelor inerte (carmin, amidon) este favorizată de opsoninele normale.

Concluziuni

Din cercetările noastre făcute prin excitarea electrică a hipotalamusului pe 5 câini normali, 2 câini cu măduva cervicală secționată, precum și 3 câini splenectomizați relese următoarele:

1. Excitarea electrică a regiunii tubercule și mamilare din hipotalamus produce o leucocitoză cu tendință mieloidă.

2. La animalele cu măduva cervicală secționată excitarea hipotalamusului nu influențează leucopoeza.

3. Efectul excitării hipotalamusului asupra sistemului leucocitar persistă și după ablația splinei, ceea ce dovedește că acest organ nu intervine în realizarea efectului leucostimulant declanșat de centrul organo-vegetativ superior.

4. Cercetările noastre confirmă existența unui centru de coordonare a leucopoezei evidențiat de *Hoff-Linhardt-Rosenow* și localizat, după presupunerea acestor autori în regiunea hipotalamică și precizează localizarea hipotalamică a acestui centru.

5. Cercetările noastre relevează rolul centrilor organo-vegetativi superiori în activitatea fagocitară.

6. Excitarea electrică a regiunii hipotalamice stimulează activitatea sistemului fagocitar mobil prin exagerarea proprietății leucoactivante a serului sanguin pe care o cauzează.

7. Secționarea măduvei cervicale și ablația splinei înlătură efectul excitării hipotalamice asupra activității fagocitare ceea ce dovedește că stimulul hipotalamic, care activează fagocitoza descinde de-a-lungul căilor hipotalamico-medulare și acționează prin intermediul splinei, care sub acțiunea acestui stimul eliberează o substanță leucoactivantă.

Bibliografie

- Abe (J)*: Biochem. Zeitschr. Bd. 166, p. 295, 1925.
Anan Mitsuyoshi: Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 97, p. 434 și 435, 1937.
Beer (A): Klinische Wochenschrift, p. 1395, 1938.
Beldák (S): Klinische Wochenschrift, p. 472, 1939.
Benetato (Gr) — *Munteanu (N)*: Pflüger's Archiv f. d. ges. Physiol., Bd. 245, 1941. Berlin.
Bögendörfer (L): Archiv f. exp. Path. und Pharmak. Bd. 124 și 126, p. 378, 1927.
Bordet (J): Traité de l'immunité dans les maladies infectieuses, Ed. Masson, 1939, Paris.
Bouchard (Ch) — *Roger (G)*: Nouveau traité de pathologie générale, t. II, Ed. Masson, 1914, Paris.
Furuya (K): Biochem. Zeitschr. Bd. 147, p. 410, 1924.
Glanzmann (E): Ergebnisse d. Physiol. Bd. 44, p. 473, 1941.
Heilmeyer (L): Handbuch d. inn. Medizin. Bd. 2, Ed. J. Springer, 1942, Berlin.
Heilmeyer (L): Lehrbuch d. spez. path. Physiol. p. 1—82, Ed. G. Fischer 1940, Jena.
Hoff (F): Deutsche med. Wochenschrift, Bd. 1, p. 417, 1941.
Hoff (F): Klinische Wochenschrift Nr. 42, p. 1751, 1932.
Krehl (L): Entstehung, Erkennung und Behandlung innerer Krankheiten, Bd. 1, 1932, Ed. F. Vogel, Berlin.
Ludany Berta — *György*: Z. Immunforschung Bd. 94, 1938, ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak.
Muto-Chuji-Mori Takahoshi: ref. Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 96, p. 244, 1936.
Muto-Chuji: Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 97, p. 434, 1937.
Papilian (V): C. r. de la Soc. Biologie, Paris t. 93, p. 248, 1925.
Papilian (V) — *Russu (I)*: Fol. Haemat. Bd. 62, 1939.
Prigge (R): Medizinische Klinik, p. 757, 1941.
Reitler: Wien klin. Wochenschrift 1924.
Rosenow (G): Zeitschrift f. d. ges. exp. Medizin, Bd. 64, p. 452, 1929.
Rainer (Hoppe): Ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 122, p. 615, 1941.
Salamonsen—Madsen: C. r. Acad. Sci. Paris 126, 1898, și Ann. Inst. Pasteur 1897, cit. de S. Belak in Klin. Wochenschrift 1939, p. 472 și de L. Krehl in Pathologische Physiol., 1932, p. 47.
Schliephake (E): Zeitschrift f. d. ges. exp. Medizin, Bd. 77, p. 204, 1931.
Stuber (B): Biochem. Zeitschr. Bd. 51, p. 211, 1913.
Weichardt (W): Die Grundlagen d. unspezifischen Therapie, Ed. J. Springer, 1936, Berlin.
Went (S): Ref. in Berichte ü. d. ges. Physiol. u. exp. Pharmak. Bd. 129, p. 655, 1942.

RESUMÉ**Le rôle des centres organo-végétatifs hypothalamiques sur l'activité phagocytaire**

De nos recherches faites sur 10 chiens ressortent les conclusions suivantes :

1. L'excitation électrique de l'hypothalamus produit une leucoctose à tendance myéloïde de la formule leucoctaire.
2. Chez les animaux avec la moelle épinière cervicale sectionnée l'excitation hypothalamique n'exerce aucune influence sur la leucopoïèse.
3. L'effet de l'excitation hypothalamique sur le système leucoctaire persiste même après la splénectomie, ce qui prouve que cet organe n'intervient pas dans la réallisation de l'effet leucostimulant déclenché par les centres végétatifs supérieurs.
4. Nos recherches confirment l'existence d'un centre de la coordination de la leucopoïèse mis en évidence par Hoff-Linhard-Rosenow, en précisant la localisation hypothalamique de ce centre.
5. Nos recherches relèvent le rôle des centres organo-végétatifs supérieurs dans l'activité phagocytaire.
6. L'excitation pharadique de l'hypothalamus stimule l'activité du système phagocytaire mobile en exagérant le pouvoir leucoactivant du sérum sanguin.
7. La section de la moelle épinière ainsi que l'ablation de la rate supprime l'effet de l'excitation hypothalamique sur l'activité phagocytaire, ce qui prouve que le stimulus hypothalamique qui excite la phagocytose descend au long des voies hypothalamico-épineures en agissant sur le système phagocytaire à l'aide de la rate, qui sous l'influence de ce stimulus met en liberté une substance leucoactivante.

ZUSAMMENFASSUNG**Zentralnervensystem und Abwehrfunktion**

Die Rolle der hypothalamischen organo vegetativen Zentren bei der Phagocytentätigkeit (Experimentelle Beiträge).

Aus unseren an 10 Hunden angestellten Versuchen geht hervor:

1. Die faradische Hypothalamusreizung ruft eine Leukozytose mit myeloischer Tendenz des Blutbildes hervor.
2. Bei den Tieren mit durchschnittenem Halsmark übt die Hypothalamusreizung keine Wirkung auf die Leukozytenproduktion aus.
3. Die Leukozytose auslösende Wirkung des Hypothalamusreizes äussert sich auch nach der Milzextirpation, eine Tatsache die für die Annahme spricht, dass dieses Organ keine Rolle bei der zentral-vegetativen Regulation des Blutbildes spielt.
4. Unsere Versuche bestätigen das Vorhandensein der von Hoff-Linhard-Rosenow festgestellten zentral-nervösen Steuerung der Leukozytenproduktion und präzisieren die hypothalamische Lokalisation der Leukozytenproduktion fördernden Zentren.
5. Unsere Untersuchungen weisen die Rolle der oberen organo-vegetativen Zentren bei der Phagocytose auf.
6. Die faradische Reizung der Hypothalamusgegend fördert die Tätigkeit des mobilen Phagocytensystems in dem es die Phagocytose erregende Substanz des Blutserums erhöht.
7. Das Durchschneiden des Halsmarkes und die Splenektomie heben die Phagocytose fördernde Wirkung der Hypothalamusreizung auf. Diese Tatsache beweist, dass der Hypothalamusreiz, welcher die Phagocytose fördert, entlang der Hypothalamus-Rückenmarks-Bahnen absteigt und sich durch Vermittlung der Milz auswirkt. Die Milz sondert unter dem Einfluss dieses Reizes eine leukoaktivierende Substanz aus.

Probleme terapeutice**Prevenirea și tratamentul stării de precolaps și colaps din tifusul exantematic**

de

Dr. C. Giuglea și Dr. C. Dimitriu

Întreg tabloul clinic din tifusul exantematic este dominat de turburările produse prin leziunea vaselor sangvine din toate țesuturile, mai ales a celor din piele și din sistemul nervos. Localizarea virusului pe vase, dând acea vascularită descuamativă, precum și leziunea centrilor nervoși prin toxină, duc pe unii bolnavi la starea cunoscută sub numele de „șocul infecțiilor”.

Leziunea vaselor periferice, modificarea „depourilor sangvine”, alterarea centrilor nervoși, la care se mai adaugă ca elemente complementare: insuficiența suprarenală tot prin leziune vasculară și turburările în respirația țesuturilor, sunt factorii de bază în colapsul din tifusul exantematic.

Colapsul, după studiul actual, este manifestarea clinică a insuficienței circulatorii periferice. Harrison clasifică insuficiențele circulatorii periferice în felul următor:

- a) Colaps hematogen, produs prin micșorarea masei sangvine;
- b) Colaps produs prin mărirea capacității vasculare. Această formă cuprinde două varietăți: 1. Colaps neurogen datorit turburării tonusului vaso-constrictor prin intermediul sistemului nervos. 2. Colaps vasogen datorit alterațiunii vaselor de către factori ce lucrează direct asupra lor.

În genere deci, se pot clasa factorii care produc colapsul în felul următor: a) factori care micșorează

massa sangvină sau duc la descreșterea volumului sângelui circulant (hemoragii în special); b) factori care modifică mecanismul veno-presor; c) factori care duc la paralizia vaso-motorilor.

Cari din acești factori acționează în colapsul din tifusul exantematic?

1. *Tonusul vascular*, care se găsește sub influența centrilor nervoși din bulb, hipotalamus, spinal, găsiți cu leziuni în cazurile sucombate în plin exantem, este profund modificat. Rolul acestor centri fiind de a determina contracția sau dilatarea vaselor, vor influența în mod continuu volumul sângelui circulant: în tifusul exantematic, volumul sângelui circulant este perturbat prin alterarea acestor centri.

2. *Depourile sanguine*. În mod normal, o mare cantitate de sânge nu se găsește în circulație, ci în diferite organe, alcătuiind aici „depourile”. Dacă necesitățile sanguine sunt mai mari (eforturi, etc.), sângele din depouri se deșartă, mărind astfel masa sângelui circulant. Organe depou sunt: pielea și mai cu seamă teritoriul circulator al venelor porte (ficat, intestin, splină, peritoneu...).

După cercetările lui Spanner și Clara, se găsesc în aceste organe comunicări arterio-venoase. În repaus, sângele circulă direct din arteră în venă; în activitate, spre exemplu la nivelul intestinului în timpul digestiei, acest drum este suprimat: curentul circulator trece de data aceasta prin capilar. Dacă se ridică tonusul, vasele se contractă, iar raportul între sângele circulant și sângele depou este modificat în favoarea celui dintâi. În caz invers, când tonusul vaselor este scăzut, sângele depou crește deoarece teritoriul capilarelor se deschide larg și masa sângelui circulant este diminuată. Dovada scăderii sângelui circulant a făcut-o mai întâi Barcroft la animale și Epplinger la om.

În tifusul exantematic, această funcție de depou este împlinită la maxim, căci se întâlnesc doi factori convergenți:

1. Scăderea tonusului vascular prin leziunea și intoxicația centrilor.

2. Realizarea de depouri patologice prin leziunile vasculare caracteristice acestei maladii. Sindromul extremităților și peteșile care arată starea arborelui vascular, sunt mărturiile ale stazei sanguine.

Romberg și colaboratorii săi au arătat că prin paralizia centrului vaso-motor cu ajutorul injecțiilor de novocaină în regiunea bulbului unui animal, se poate ajunge la o paralizie vasculară ce duce la colaps. Din cercetările la om, au dedus că la maladiile infecțioase datorite toxinelor se poate produce o paralizie vasculară ce duce la colaps prin intoxicația centrilor.

Colapsul din tifusul exantematic are însă un aspect cu totul deosebit de celelalte forme de colaps infecțios.

În tifusul exantematic, colapsul este precedat de sindromul extremităților, descris de Prof. Danileopolu. Această diferență se poate explica prin faptul că în colapsul altor maladii infecțioase fenomenele vasculare sunt reacțiuni funcționale; la tifusul exantematic există primitiv leziunea pereților vasculari (vascularită descuamativă“).

3. *Aspirațiunea toracică*. Un alt factor ce influențează circulația venoasă este modificat. Prin procesul de intoxicație centrală, în forma cerebrală a tifusului exantematic cu tendință la colaps, respirația este superficială și accelerată. Din această cauză, aspirațiunea toracică a sângelui din vena cavă superioară nu se mai face decât în mică măsură; de asemenea jocul diafragmului fiind mult diminuat, umplerea și deșertarea cavelor inferioare nu se mai face ca în stare normală.

4. *Contracția musculară*. Este cunoscută hipotonia musculară exagerată din forma cerebrală a tifusului exantematic și care se traduce clinic prin starea de „typhus”. Braune arată că în timpul contracției musculare calibrul vascular se îngustează, sângele din vene fiind expulzat. Henderson a arătat că factorul muscular este important chiar în repaus, știindu-se că mușchii scheletici își au tonusul lor, incapabili să influențeze calibrul arterelor, dar capabili să golească capilarele și venele. Dinamica caracteristică ce o întâlnim în tifusul exantematic, traducând hipotonia musculară, arată că organismul este lipsit de un factor ce ajută la umplerea și deșertarea arborelui venos. Bazați pe aceste constatări am accentuat, așa cum vom vedea la tratament, intensificarea utilizării stricninel și efedrinei.

Trecând peste acel factor „vis a tergo” care influențează și el circulația venoasă, vom analiza alți factori ce modifică debitul sangvin în tifusul exantematic.

5. *Lipsa de lichide* se explică prin: a) pierderea de lichide datorită fie transpirației, fie acelei pollurii (găsită de noi la mulți bolnavi), declanșată probabil prin leziuni ale hipofizei; b) apatia bolnavului, aceea indiferență care face pe bolnav să refuze ingerarea de lichide.

6. *Lipsa de cloruri de sodiu* este și ea importantă. Bolnavul le pierde de pe o parte prin transpirații și excrețiile urinară, pe de altă parte prin leziunea capsulelor suprarenale pe seama cărora se pune metabolismul acestor cloruri. S'a putut produce colaps prin lipsa de cloruri, iar în unele maladii cronice ca maladia lui Addison și diabet, unde tendința la colaps e frecventă, clorurul de sodiu e mult diminuat (în coma diabetică se pune mare preț pe adăugarea clorurilor de sodiu). De aceea în combaterea colapsului din tifusul exantematic, serul clorurat nu a lipsit.

7. *Pierderea albuminei din circulație*. S'a remarcat că substanțele toxice introduse în organism sau toxinele

agenților infecțioși pot produce leziuni, fisuri la nivelul capilarelor. În tifusul exantematic în special este cunoscut procesul distructiv produs prin toxine ce duc la capilarita descuamativă. Prin leziunile pereților capilari, albuminele plasmatice (în special serinele) părăsesc capilarul, imbibând țesuturile înconjurătoare. Acest fenomen ne explică falsa poliglobulie găsită în mod constant la bolnavii cu tendință la colaps. Prin șoc histaminic și peptonic, în mod experimental s'a ajuns la același rezultat.

Rolul leziunilor capilarului în colaps a fost semnalat de Holzbach. Eppinger numește „colapsuri protoplasmice,” toate aceste stări, iar procesul de imbibare a țesuturilor cu plasmă sanguină este numit „inflamație seroasă”. Extravazarea plasmelor sangvine este favorizată de slăbiciunea și de staza capilară produsă de paralizii prin intoxicația centrilor vaso-motori. Albumina serică fiind prin acele fisuri capilare, se va produce un edem între capilar și celula parenchimului, edem bogat în albumine, care stânjenește schimbările de oxigen. În acest fel potențialul electric scade, clorul de sodiu intră în celulă, atrăgând după sine apa; se produce o umflare a protoplasmelor, care duc la imbibarea turbure, în urmă la necroza celulei. Tot acest complex fizico-chimic ce se petrece la nivelul celulei, aduce turburări în schimbările respiratorii, de aceea administrarea vitaminei B₂ (Lactoflavinei), catalizatorul oxidației, am găsit-o indicată. Metabolismul celular este modificat și din cauza aportului sanguin scăzut.

De toți acești factori (inclusiv leziunea capsulelor supra-renale) am ținut seama în prevenirea colapsului din tifusul exantematic, urmărind:

- a) ridicarea tonusului vascular;
- b) deșertarea depourilor sangvine;
- c) mărirea tonusului muscular;
- d) combaterea deshidratării bolnavilor și a lipsei de oxigen dela nivelul țesuturilor;
- e) desintoxicarea organismului;
- f) administrarea de albumine în cazurile unde se prezentau fenomene de inflamație serioasă, traduse din punct de vedere clinic prin hepato și splenomegalie dureroasă (în aceste cazuri clorul de sodiu fiind contra indicat).

A) *Ridicarea tonusului vascular și deșertarea depourilor sangvine prin băi supraîncălzite după metoda lui Lampert.*

Lampert a plecat dela principiul că, moartea în caz de tifus exantematic este datorită colapsului circulator periferic care apare în primele 6—12 zile și numai arareori prin slăbire centrală cardiacă.

Am descris într'un articol precedent ca semn clinic important hipotensiunea, care nu este altceva decât traducerea clinică a turburării în tonusul vascular.

Prin băi supraîncălzite instituite la începutul bolii am reușit în toate cazurile să ridicăm tensiunea sanguină (maxima și mai ales minima).

Această metodă are însă influență și asupra „depourilor sangvine”, mărind în felul acesta și debitul sângelui.

Cum se aplică această metodă? După ce facem examenul clinic complet, în special asupra cordului (metoda nu se poate aplica la cei cu leziuni de miocardită avansată) bolnavul este pus într-o cadă și încălzit cu 35°, ridicăm temperatura apei la 42°, 43°, 44° și chiar 45°. Bolnavul este ținut în apă până se produce o transpirație foarte abundentă; în tot acest timp urmărim pulsul care nu trebuie să treacă de 140. La bolnavii în comă aplicăm sticle calde în număr cât mai mare, înfășurându-le membrele inferioare în flanele. Băile supraîncălzite se fac de două ori pe zi. După baie bolnavul este dus într-o cameră care trebuie să fie foarte caldă. Weiher-Hengel au arătat că prin baie supraîncălzită se produce o puternică reacție de apărare a organismului, stimulând formarea de anticorpi și dând rezistență la otrăvirile organismului.

La bolnavii din spitalul Z. O. 622 Odessa unde am aplicat această metodă (pe lângă celălalt tratament ce-l vom descrie mai jos) am reușit să înlăturăm sindromul extremităților și colapsul, deși exantemul și celelalte fenomene clinice arătau apropierea acestora. Prin băile supraîncălzite se ridică tensiunea arterială și se mărește debitul sanguin.

B) *Stricnino-terapia intensivă*, adăugată la băile supraîncălzite ridică și mai mult tonusul vascular; ea crește tonusul muscular în genere și cel vascular în special. Stricnina mai goleşte și depourile sangvine, cantitatea administrată trebuie să fie însă destul de mare. Se fac la fiecare două ore câte 2 miligrame, ajungând în cazurile grave în mod progresiv până la 15—20 mlgr în 24 ore. În prima zi de internare se administrează câte 2 mlgr de 3 ori pe zi; a doua zi de 5 ori câte 2 mlgr; a treia zi, dacă colapsul este iminent, creștem doza și mai mult ajungând la 15 și chiar 20 mlgr. În spitalul nostru au fost cazuri aduse în comă, reușind prin această metodă s'o înlăturăm. Cantitatea de 10—15 mlgr pe care am ajuns s'o administrăm, o menținem până în a 14-a zi de boală, apoi descreștem tot progresiv. În convalescență se mai pot administra timp de 10 zile câte 2—3 mlgr pe zi.

C) *Vitamina B₂ (lactoflavina)*. La tratamentul de bază constituit din băi supraîncălzite și stricnino-terapia intensivă, am adăugat vitamina B₂, catalizatorul de oxidație. Am pomenit la turburările respiratorii dela nivelul țesuturilor și de indicația acestei vitamine. Indicația acestei vitamine este cu atât mai mare, cu cât,

după unii autori ea ar mai avea rol în fenomenele de imunitate a organismului.

D) *Alte mijloace terapeutice.* 1. Cortizonul (extract din cortexul suprarenal) a fost administrat la bolnavii noștri cu tendință la colaps deoarece cunoaștem leziunile importante a capsulelor suprarenale în tifusul exantematic; chimismul sangvin din diferite colapsuri se aseamănă cu cel din maladia lui Addison. 2. Adrenalina a fost administrată în mai multe cazuri, fără să aibă însă acțiune asupra tensiunii. 3. Efedrina, Simpatolul, Suprifenul, Veritolul au mai fost întrebunțate în unele cazuri ca analeptice vasculare. 4. Administrarea de seruri în cantități mari a fost făcută pentru combaterea deshidratării bolnavilor. a) Ser glucozat 48⁰/₀₀ subcutanat, dela 500—1500 cc. în 24 ore, după cazuri; b) ser glucozat 33⁰/₀ intravenos 20—40 cc. în 24 ore; c) ser clorurat hipertonic 10—20 cc. intravenos (contra

indicat în cazuri de inflamație seroasă). 5. Oxigenoterapie în unele cazuri.

Concluzii

1. Colapsul din tifusul exantematic fiind produs de leziunea specifică a vaselor, este un colaps vasogen.
2. Starea de colaps este precedată de sindromul extremităților descris de Prof. Danileopolu.
3. Prin metoda băilor supraîncălzite, stricnnoterapia intensivă și administrarea vitaminei B₂ am reușit să prevenim această stare la bolnavii de tifus exantematic cu forma cerebrală.
4. Administrarea de sulfamide nu previne starea de colaps.
5. Nu am neglijat analepticele vasculare și respiratorii.

Pneumotoracele artificiale în Secția de boli pulmonare a Spitalului Militar din Sibiu

de

Dr. Oct. Borcoman și Dr. A. T. Dumitrescu

După cunoștințele noastre spitalul militar C. VI A din Sibiu este singurul din țară care și-a organizat un serviciu de specialitate pentru tuberculoză. Secția de boli pulmonare a spitalului, înființată în 1940 prin străduința d-lui col. Liviu Ursu, cu concursul autorităților militare superioare, a fost condusă tot timpul de d-l Dr. Nicolae Bumbăcescu, care a reușit să-l dea caracterul unui adevărat sanator, unde militarii bolnavi de tuberculoză înafara de cură igienico-dietetică pot beneficia și de tratamentele colapsoterapeutice aplicate azi în tuberculoza pulmonară.

Dela înființarea ei au fost îngrijii în secția de boli pulmonare a spitalului militar din Sibiu peste 800 bolnavi de tuberculoză. În rândurile ce urmează ne vom ocupa de cazurile tratate cu pneumotorace artificiale.

S-au instituit și întreținut în această secție până în prezent 135 pneumotorace. În discuțiile ce urmează 20 din ele nu sunt luate în considerare deoarece au fost observate mai puțin de 4 luni.

Cercetând situația militară a bolnavilor tratați cu pneumotorace artificiale găsim 83 activi față de 32 concentrați. Acest lucru ni s'a părut interesant de remarcat întrucât ne dovedește cu prisosință că secția de boli pulmonare a spitalului servește în primul rând interesele militarilor activi.

Ținând seama de debutul clinic al bolii și internarea bolnavilor în spital am constatat că: 22 bolnavi

au fost internați înainte de 3 luni, 23 între 3—6 luni, 28 între 6—12 luni și 42 peste 12 luni.

Din cifrele de mai sus se poate ușor vedea că majoritatea militarilor suferinzi de tuberculoză pulmonară se internează în spital destul de târziu. Această întârziere este explicată de caracterul insidios al bolii, cât și prin lipsa întrebunțării sistematice a examenului radiologic fără de care multe tuberculoze trec neobservate chiar în faza lor avansată. Această întârziere are o mare importanță asupra evoluției tuberculozelor și a tratamentului ce trebuie să fie aplicat, mulți din bolnavi având la internare leziuni întinse cu simptome mai mult sau mai puțin organizate, care nu permit să obținem rezultate bune prin tratamentul cu pneumotorace artificiale.

Astfel printre cele 800 cazuri cu tuberculoză internați în secție, deși indicația de pneumo a fost făcută la peste 240 bolnavi nu s'a obținut o decolare satisfăcătoare decât în 135 cazuri, restul bolnavilor fiind tratați cu alte mijloace de colapsoterapie.

Printre bolnavii tratați cu pneumotorace artificiale în momentul instituirii numai 13 aveau leziuni incipiente, restul prezentând tuberculoze fibrocazeoase uneori foarte extinse, printre aceștia din urmă fiind 39 cazuri de tuberculoză bilaterală. Am observat că există o strânsă legătură între întinderea leziunilor și timpul când bolnavii au fost internați în spital. Astfel cele 13 cazuri

cu leziuni incipiente s'au internat înainte cu 3 luni dela începutul bolii, pe când cel cu leziuni fibrocazeoase s'au internat mai târziu, bolnavii cu leziuni bilaterale având o vechime de cel puțin un an.

Deși mulți din bolnavi aveau leziuni destul de întinse în momentul când au fost internați s'a făcut totuși indicația de pneumotorace deoarece acest asociat curei sistematice de repaus poate aduce ameliorări importante leziunilor pulmonare.

La 112 bolnavi pneumotoracele a fost unilateral, iar la 3 bilateral. Majoritatea absolută a pneumotoracelor a fost incomplete. Din cele 115 pneumotorace pe care le-am luat în considerare, numai în 14 cazuri colapsul obținut a fost total dela început. Toți acești bolnavi aparțineau acelui grup care s'au internat în spital în primele trei luni după începutul bolii, deci înainte ca acesta să fi avut timpul necesar să se extindă până la pleură și să organizeze simfize.

Toate celelalte pneumotorace (101) au fost incomplete.

La 45 bolnavi, pneumotoracele deși incomplet a fost eficace. Starea generală a bolnavilor s'a ameliorat. Simptomele subiective (tuse, expectorație, febră, etc.) au cedat treptat până la dispariție. B. K. în spută negativ, iar radiologic în toate cazurile s'a constatat dispariția leziunilor cavitare, precum și o importantă regresivitate a leziunilor din jur.

În 27 cazuri pneumotoracele a fost completat prin secțiune de aderențe după metoda lui Iacobaeus. Secția spitalului neavând instrumentarul necesar acestei intervenții, toate cazurile au fost operate de d-l Dr. Bumbăcescu în Clinica Fiziologică de sub conducerea d-lui prof. Dr. Daniello, care totdeauna a sprijinit cu competența D-sale secția de boli pulmonare a spitalului.

Din cele de mai sus rezultă că în 86 cazuri pneumotoracele obținut a avut efect bun asupra leziunilor pulmonare și numai la 29 cazuri el a trebuit să fie abandonat dovedindu-se ineficace asupra leziunilor pulmonare sau a stării generale. La 17 cazuri colapsul obținut a fost parțial închisat și contro-electiv, la 6 cazuri s'au produs foarte curând exudate pleurale, care au dat naștere la simfize progresive unde a fost nevoie de blocaj cu oleu, iar restul cazurilor pneumotoracele a trebuit să fie abandonat din cauza extinderii leziunilor din plămân, a bilateralizării lor sau agravării stării generale.

Rezultatul clinic obținut pe cazurile tratate cu pneumotorace artificial se supra-pune în linii generale rezultatului tehnic.

Astfel avem în 83 cazuri ameliorări foarte importante. Starea generală a bolnavilor în momentul când au părăsit spitalul era bună. Simptomele subiective (tuse, expectorație, transpirație, etc.) dispărute. B. K. în spută negativ. Mulți din acești bolnavi au avut o stare generală atât de satisfăcătoare și o regresivitate a leziu-

nilor din parenchim atât de importantă, încât la examenul medical au fost considerați buni pentru serviciul militar. Rezultatul nu a întârziat să se vadă. Foarte curând bolnavii au pierdut colapsul din cauză că nu au fost reînșuflați la timp, iar leziunile din parenchim s'au redeschis. Nu este cazul să insistăm aici asupra acestor categorii de bolnavi. Din fericire majoritatea bolnavilor la care s'a făcut pneumotorace continuă tratamentul, mare parte din ei la Clinica Fiziologică din Sibiu, sau la diferite servicii de specialitate.

În 24 cazuri rezultatul clinic a fost staționar până în momentul când bolnavii au părăsit spitalul cu febră, tuse, expectorație muco-purulentă și bac. Koch pozitiv, iar leziunile din plămân cu tot pneumotoracele și cura de repaus n'au fost influențate.

În 8 cazuri s'a produs o agravare a leziunilor din parenchim și a stării generale după tratament. La 2 din acestea leziunile s'au extins rapid și colapsul a trebuit să fie abandonat. În 4 cazuri s'a produs o bilateralizare rapidă a leziunilor și alterarea stării generale, iar în 2 cazuri s'au produs empieme pleurale cu evoluție malignă consecutivă unor perforații pleuro-pulmonare.

În bună parte rezultatele obținute cu pneumotorace artificial în cele 115 cazuri sunt provizorii, majoritatea bolnavilor neavând timpul necesar de tratament. Trebuie să remarcăm totuși procentul mare de ameliorări la bolnavii tratați, care ar fi fost lăsați la vatră s'ar fi agravat cu multă probabilitate din cauză că majoritatea lor aparțin mediului rural, unde nu au posibilitatea să se trateze.

Am ținut să arătăm aici foarte pe scurt rezultatul provizor obținut pe 115 cazuri de pneumotorace artificial tratate în mediul militar din următoarele motive:

Secția de boli pulmonare a spitalului militar din Sibiu, înființată de d-l col. L. Ursu la sugestia d-lui prof. Daniello, care a publicat un studiu asupra Tbc. pulmonare pe timp de concentrări și război (în Clujul Medical din 1939). Servește în primul rând interesele militarilor activi. Acești bolnavi dacă sunt lăsați la vatră nu se pot trata, fie că nu au mijloace materiale, fie că nu au unde din cauza numărului mic de paturi destinate bolnavilor cu tuberculoză (5—6000 paturi față de 35.000 morți anual de tuberculoză).

În majoritatea lor bolnavii cu tuberculoză pulmonară se internează târziu după începutul bolii, fapt care are o mare importanță asupra evoluției leziunilor pulmonare și a tratamentului aplicat.

Secția fiind înzestrată în cele mai bune condiții poate asigura militarilor bolnavi de Tbc. pulmonară tratamentul necesar.

Prin activitatea ei (diagnostică și terapeutică) secția de boli pulmonare a spitalului împlinește un rol însemnat în combaterea tuberculozei pulmonare în mediul militar, atât de necesară în vremile de față.

Disocierea fenomenelor clinice și radiologice în pneumoniile tratate cu sulfamide

de

Dr. Gh. A. Dobrescu — Medic secundar

În tratamentul pneumoniilor au fost recomandate și încercate cele mai diverse tratamente și adeseori cele mai recomandate, nu au dat rezultatele dorite. Enumărăm aceste mijloace terapeutice: chinina cu conditia de a fi administrată în primele zile și de preferat cu calciu. Serul antipneumococic întrebunțat în America mult, e mai delicat de aplicat, deoarece trebuie întâlu să fie determinat tipul de pneumococ, ceea ce nu se poate face chiar așa de ușor în practica zilnică.

S'a recomandat de asemenea soluția de clorur de sodiu intra-venos. Prof. Eppinger recomanda strichnina în cantități mari.

Cardiotonicele dintre cari digitala era recomandată a fi dată în cantitate mare. În formele cronice s'a recomandat radioterapia. De asemenea tratamentul cu vitamina C și chiar pneumotoraxul artificial a fost întrebunțat ca mijloc terapeutic.

Odată cu apariția sulfamidelor tratamentul pneumoniei s'a îmbogățit cu un mijloc terapeutic din cele mai bune, iar mortalitatea care înainte de apariția lor era de 20—25% a scăzut la 6—2% și chiar la zero.

În deosebi în timp de război, când se observă o creștere a numărului cazurilor de pneumonie, este necesar de a aplica un tratament eficient și rapid, care să ne dea satisfacție deplină.

Aceste sulfamide satisfac acest deziderat și în practica noastră, am întrebunțat preparatul Eubasinum.

Acest derivat are o deosebită eficacitate asupra tipurilor de pneumococ 7,8 și chiar tipul 3.

Am tratat peste 180 de bolnavi de pneumonie cu Eubasin fără a avea niciun eșec. Numeroși autori printre care Kelsner E. susține că eficacitatea Eubasinului depinde de o dozare energetică și chiar depășind doza indicată nu a avut niciun accident. Schultz susține că acțiunea Eubasinului se manifesta printr-o desintoxicare a organismului căreia îi urmează scăderea febrei și a dispneei.

Spolverini, Schlavini și Pacagnino au remarcat că, sulfamidele care conțin și piridină au o eficacitate mai mare decât cele care nu conțin piridină.

D-ra Dr. M. Zagora și A. Papadopol au tratat la copii 140 de cazuri de broncho-pneumonie cu Eubasin, având un procent de 70% vindecări și 2,5% de cazuri mortale.

Depășind doza considerată ca terapeutică, doza care variază de la caz la caz, nu am avut niciun accident grav imediat sau îndepărtat. În timpul administrării

acestui preparat ne-am ferit de a da concomitent bolnavului substanțe sulfatate, dar am recomandat tuturor pacienților să ia în același timp bicarbonat de sodiu.

Ceea ce ne-a reținut atenția a fost faptul, că deși după administrarea acestui preparat, evoluția clinică era bună, temperatura era în scădere, starea generală se îmbunătățea, putea să părăsească patul totuși la unii bolnavi, fenomenele stetacustice și radiologice persistau, încă câțiva timp, trecând deseori dincolo de durata normală a maladiei.

Pentru a ilustra aceasta, redăm câteva observații clinice:

I. Soldatul I. N. 24 ani, se internează cu diagnosticul clinic și radiologic de pneumonie lobară dreaptă. La examenul aparatului respirator se constată prezența unui intens suflu tubar sub vârful omoplatului drept. I se administrează Eubasinum din primele ore de la internarea sa, dându-i-se din 2 în 2 ore câte 2 pastile de Eubasinum în primele 24 ore, administrându-i-se în total cinci grame de Eubasinum. Temperatura începe să scadă a 2-a zi, iar fenomenele generale încep să se amendeze. Doza întregă a fost de 22 gr Eubasinum.

La a patra zi de tratament, bolnavul este complet apiretic, starea generală este bună.

La ausculție, suflul tubar persistă; iar radiologic imaginea caracteristică a pneumoniei persistă, nemodificată. În a 9-a zi de boală, toate fenomenele stetacustice și radiologice — persistă.

În ziua 11-a de boală, apar ralurile subcrepitante cari dispar în a 14-a zi de boală, iar radiologic imaginea pneumonică începe să dispară și în a 17-a zi de boală această imagine pneumonică a dispărut complet lăsând în locul ei doar o ușoară înțepare.

Acest bolnav fiind revăzut după 2 luni, este găsit în perfectă stare de sănătate.

II. Copilul C. D. în vârstă de 9 ani, cu stare dispneică accentuată, febril 40,2°, i se pune diagnosticul clinic de pneumonie globală dreaptă.

Diagnostic confirmat și radiologic. Examenul aparatului respirator arată o matitate în regiunea scapulo-vertebrală dreaptă și intens suflutubar.

Starea generală gravă.

I se administrează Eubasin — în total 18 grame.

Temperatura scade a treia zi, iar fenomenele generale se amendează complet.

Fenomenele stetacustice persistă încă 10 zile, iar radiologic, imaginea de pneumonie la radioscopie a persistat încă 8 zile de la dispariția fenomenelor clinice și stetacustice.

Revăzut la intervale scurte de mai multe ori, copilul prezenta o stare generală bună.

III. Caporalului Drăgan C. de 27 ani, cu starea generală gravă, dispneică, cianozat, febril, 40°, — i se pune diagnosticul clinic de pneumonie lobară dreaptă. Confirmat și radiologic.

La ausculție prezintă un intens suflutubar.

I se administrează tratament cu Eubasinum, iar febra scade complet în a 4-a zi, iar starea generală devine bună.

Semnele stetacustice persistă 12 zile, iar semnele radiologice au persistat încă 8 zile, după dispariția fenomenelor stetacustice.

Reia serviciul militar — și fiind revăzut de mai multe ori, păstrează o stare generală foarte bună.

IV. Domnișoara I. C. de 18 ani — cu diagnostic clinic și radiologic — dublă pneumonie.

Starea generală gravă. Temperatura 40°, dispnee intensă, cianoza feții — delirează.

I se administrează Eubasinum doze mari. Dela a doua zi, temperatura este în scădere — dar starea sa generală se păstrează gravă. Ascultatoriu — suflutubar intens — Percutoriu — matitate intensă, în ambele hemitorace.

Incepând dela a patra zi, starea sa generală, începe să se amelioreze, temperatura este în continuă scădere, dar fenomenele stetacustice și radiologice — persistă. Suflutubar, și ralurile crepitante de întorcere, au dispărut după 16 zile de boală, iar imaginea radiologică, a pneumoniei a dispărut complet — după 9 zile dela dispariția fenomenelor stetacustice, rămânând doar o ușoară voalare — din punct de vedere radiologic.

După vindecare a fost revăzută de mai multe ori, fără ca să mai prezinte vreo modificare pulmonară.

Redând aceste observații — câteva — din numărul mare al bolnavilor de pneumonie, tratați cu Eubasinum, am constatat, că toți cei tratați cu sulfanilamide, au beneficiat de acest tratament, dar am observat, că administrând doze mari, nu am avut accidente serloase. — Aceste accidente s'au redus la:

Cianoza feții și a extremităților, de scurtă durată, grețuri, rareori vărsături și într'un singur caz am avut lipotimie, pe care nu am putut-o pune pe seama administrării sulfanilamidelor.

În evoluția maladiilor, am remarcat o disocieră a fenomenelor clinice și a fenomenelor radiologice destul de interesantă.

Astfel, în toate cazurile noastre, am constatat o evoluție rapidă spre bine, cu scăderea febrei, cu ameliorarea stărei generale destul de repede și o scurtare a timpului de boală.

În același timp, urmărind radiologic, bolnavii noștri, am observat că dispariția fenomenelor radiologice — în pneumonie, nu urmează același ritm, ca fenomenele stetacustice și generale, ci imaginea radiologică dispăre, se resoarbe mult mai încet, uneori, durând chiar 7—8 zile pentru a dispărea, după ce fenomenele stetacustice erau deja dispărute, iar starea generală a bolnavului era foarte bună.

În toate aceste cazuri, sulfanilamidele, în cazurile noastre Eubasinul, influențează foarte repede fenomenele generale, dar substratul anatomo-patologic al maladiilor, este influențat, chiar dacă se dau doze mari de Eubasinum, mult mai încet decât fenomenele generale.

După observațiile noastre, sulfanilamidele vindecă pneumonia prin reducerea fenomenelor generale și a celor toxice.

Iar substratul anatomo-patologic este vindecat, prin acțiunea potențată la maximum a umorilor organismului, datorită sulfanilamidelor care dau un prețios ajutor organismului pentru vindecarea anatomo-patologică.

Medicină socială

Afecțiuni cutanate de natură profesională

de

Dr. Alexandru Motogna
Medic Dermato-Venerolog

Dr. Aurel Botis
Medic Șef al Casei

Afecțiunile cutanate de natură profesională sunt manifestări survenite la acei indivizi cari exercitând o meserie, ele apar tocmai datorită ocupației lor. Se poate spune că doi factori principali influențează apariția afecțiunilor de natură profesională atât de frecvente la anumiți muncitori.

Un factor ar fi „terenul propice” acestor afecțiuni cutanate de natură profesională, iar celalalt factor însăși exercitarea profesiei respective. Datorită acestor afecțiuni cari ca motiv principal au tocmai exercitarea profesiei și pentru că de obicei ele produc suprimarea temporară sau chiar definitivă a capacității de muncă, vedem deci importanța extraordinară pe care aceste maladii au din punct de vedere social.

Din punct de vedere clinic afecțiunile cutanate de natură profesională iau ca aspect toată gama afec-

țiunilor dermatologice, ele apărând ca: un simplu eritem sau mergând până a lua aspectul unui epiteliom.

Procentul de indivizi cari fac asemenea afecțiuni cutanate datorită profesiilor este mai ridicat în întreprinderile de: textile, vopsitorii, torcătorii de lână, cei ce lucrează la geamuri sau muncitorii din fabricile de chimicale și cei din întreprinderile de fier (turnătorii, lăcătușerii, etc.). Observăm în câte ramuri ale muncii există posibilități de a face aceste afecțiuni cutanate profesionale numite încă și dermatoze de natură profesională. În acest articol voiu descrie aceste afecțiuni cutanate de natură profesională, tratamentul lor, influența lor, influența și repercursiunile pe care le au asupra capacității de muncă a acelor cari suferă de aceste dermatoze.

Voiu încerca să arăt mai întâiu cauzele mai importante cari contribuie la apariția acestor afecțiuni profesionale ale pielii:

Patogenia acestor dermatoze este foarte variată, ea având:

I. Cauze determinante, care la rândul lor pot fi A) Chimice (cele mai frecvente) ca: a) apa; b) metale: mercur, arsen, nichel, diferite aliaje, etc.; c) acizi: acid clorhidric, sulfuric, fenic, etc.; d) săruri de arsen, etc.; e) coloranți: fenolii, compuși lor ca anilina; f) compoziții chimice de natură animală: cantarida; g) compoziții chimice de natură vegetală: cânepă, in topit, levuri, etc. B) Fizice: căldura, frigul, electricitatea, lumina, etc.

II. Cauze favorizante. Au acelaș rol important și sunt într-o atât de mare legătură cu cauzele determinante, încât se pare că fără ele grupul de factori determinanți nu ar putea acționa singur pentru a declanșa afecțiunea, ele sunt A) Ereditatea, în grupul acestui factor joacă un rol deosebit debilitatea și limfatismul, apoi rasa, sexul, etatea și pigmentarea pielii și s'ar părea oarecum că indivizii blonzi, cei cu afecțiuni hepatice și alcoolicii ar fi mai ales predispuși a face aceste afecțiuni profesionale ale pielii. B) Anafilaxia și alergiia cari sunt legate atât de strâns de idiosincrasie deoarece nu sunt altceva decât tot o stare anormală a umorilor - idiosincrasia având un rol deosebit în declanșarea acestor dermatoze profesionale, care atunci când apar sub influența acestor idiosincrasii se numesc: Dermite idiosincrasice și care apar la cel dintâi contact cu antigenul fără a mai fi nevoie de o sensibilizare prealabilă, sau există o altă eventualitate când sensibilizarea se produce în mod foarte lent, antigenul pătrunzând prin aparatul respirator, circulator, sau prin piele, mai există și o a treia eventualitate: munca de fiecare zi poate crea o desensibilizare datorită unei așa zise „Reacțiuni de apărare”, întreruperea muncii oprind și desensibilizarea, astfel s'a ajuns a se observa fenomenul curios al apariției: Dermatozelor paradoxale care apar sau se agravează imediat după ce s'a reluat profesiunea cărora se datoresc (Gougerot).

Pielea cu tendință la sclerodermie, precum și hipertricoză și ichtioză par să predisună la aceste afecțiuni.

Transpirația și seboreea sunt cauze favorizante de prim ordin, sudoarea macină pielea disolvând unele pulberi cari pot fi apoi ușor resorbite, sudoarea alcalină fiind mult mai predispozantă decât cea acidă - sunt unele cazuri când din contră tocmai uscăciunea pielii favorizează apariția acestor afecțiuni.

Rolul p. H. în declanșarea apariției acestor afecțiuni nu a fost încă stabilit, cu siguranță însă că există o corelație între activitatea sistemului simpatic și între turburările umorale, deoarece s'a descris adeseori tur-

burări vasomotorii concomitent cu variațiuni anormale ale p. H., s'a mai constatat că alcaloza se întâlnește la aproape 70% din bolnavii cu aceste afecțiuni cutanate, pe când acidoza o aflăm numai la 8-10% din ei.

Formele cele mai obișnuite pe care le au aceste afecțiuni cutanate ale pielii le vom descrie arătând cauza care le-a produs pe fiecare în parte, precum și tratamentul adecuat.

O formă foarte obișnuită sunt *Dermitele*, niște inflamațiuni ale pielii mai mult sau mai puțin limitate, caracteristica lor fiind aceea de a nu tinde la extensiune. Ele apar numai în teritoriul unde a acționat agentul nociv care știm că lucrează extern. Această acțiune a lor are aci un rol principal. Exemple de Dermite sunt: a) Dermitele lucrătorilor cu uleiuri unde găsim eriteme extinse; b) Dermitele vopsitorilor unde întâlnim un aspect vesicular; c) Dermita datorită apei, de Jawel cu un aspect bulos; e) Dermita acelor cari lucrează în filatorii de in unde găsim un aspect pustulos; f) Dermitele muncitorilor din refinăriile de petrol au un aspect de melanoză; g) Dermitele vânzătorilor de ziare cu un aspect sclerodermic; h) Dermitele celor cari lucrează cu clor iau un aspect acneic; i) Dermitele hamalilor cu un aspect de naevus; j) Dermitele lucrătorilor din întreprinderile de conserve, de dulceturi, de fragi și de căpsune cari iau un aspect urticariform, apoi sifilisul extragenital la suflătorii de sticlă în regiunea bucală, precum și dermitele profesionale la cei ce lucrează în fizioterapie și cu raze X.

Tratamentul este suprimarea agentului nociv - vindecarea în acest caz fiind rapidă, dacă survin recidive vom trata afecțiunea întocmai ca o afecțiune tip, luând însă măsuri preventive de a evita incompatibilități, ca de exemplu: corpi grași în fosforide, alcool în dermitele datorite vopselelor celulozice, etc.

Vom folosi medicamente desensibilizante ca: salicilat de sodiu, auto-hemoterapie; în cazuri mai rezistente Röntgentherapie, iar mai nou se pare că au dat rezultate foarte bune sulfamidele per os sau sub formă de alifie și pudră, în combinație cu vitamina A ca epitelizante. Se mai poate folosi tratamentul de șoc prin proteino-terapie și autohemo-seroterapie (Spillman).

Toxicodermiile sunt dermatoze inflamatorii difuze dar cari au însă tendința de disiminare, localizarea lor fiind însă diferită în raport cu locul de contagiune. Agentul cauzant pătrunde în organism exclusiv pe cale sangvină adică endogenă, acțiunea externă fiind de minimă importanță. Toxicodermiile depind foarte mult de starea alergică a pielii și sensibilitatea este câștigată ea nefiind naturală, mai frecventă este însă ruptura echilibrului acidobazic - alcaloza și acidoza fiind indiferente. După ce cauza a încetat, leziunile dispar într'un timp variabil, însă recidivele sunt foarte frecvente.

Alte forme obișnuite în afecțiunile cutanate de natură profesională ale pielii sunt *Eczele* ele fiind niște dermatoze eczematiforme cu aspect inflamatoriu cu tendință evidentă de diseminare spre deosebire de primele ele apar mai ales în locul care a fost în contact cu agentul extern. Ele sunt rezultatul unei acțiuni combinate internă și externă, aceasta din urmă fiind mai puțin intensă - alergica și mai ales starea pielii favorizează mult leziunile. Sensibilitatea nu o găsim modificată, ceea ce găsim însă aci este o ruptură a echilibrului acidobazic, de obicei vom afla o alcaloză și în multe cazuri o cantitate mărită de cholesterină. După ce am suprimat agentul extern cauzant ele au însă o lungă durată. Ceea ce este interesant la acest grup de dermatoze profesionale sunt apariția recidivelor ele putând lua forme cu totul diferite decât tipul clinic inițial. Afecțiunea de obicei o găsim la o singură persoană sau la un foarte mic număr de lucrători.

Cauzele mai importante cari contribuie la apariția acestor dermatoze eczematiforme profesionale sunt de natură A) Fizică; B) Mecanică; C) Chimică.

A) Cauzele fizice sunt cele mai numeroase și dintre ele vom aminti razele X, razele ultraviolete, infraroșii, etc.

B) Cauzele mecanice se întâlnesc la toți muncitorii manuali, ele fiind datorite șocului îndelungat la care este supusă pielea prin munca continuă.

C) Cauzele chimice sunt datorite mai ales substanțelor ce conțin iodoform, sublimat, chinină, terbentină, sodă caustică, oleiuri în special oleiuri de terbenină, etc.

Tratamentul acestor eczeme cel al eczemelor obișnuite: după îndepărtarea agentului nociv extern în stări acute, vom aplica obișnuitele combinațiuni de zinc, bismut subnitric, acid boric, acid salicilic și rezorcină. În cele subacute preparate cu thigenol, sulf, ihtiol, leniganol și anthrasol.

În eczele cronice se întâlnesc o mulțime de preparate ce conțin resorcină, pirogalol, crisarobină, antrarobină, etc., vom mai întrebuința în cazuri rezistente tratamentul cu raze Quarz și raze X, totodată vom indica tratament general calmant, antinevralgic, etc.

În afară de aceste trei mari clase pe care le-am descris mai întâlnim numeroase alte afecțiuni ale pielii, ca dermatoze profesionale cum ar fi de exemplu micozele, epitelioamele și naevii, cari însă sunt mult mai rare. Trebuie să amintim și stigmatelile profesionale, ele nu pot fi însă încadrate în clasa dermatozelor, aceste stigmatelile nefiind decât „Semne” lăsate pe piele de unele profesii. Ar mai fi de descris afecțiunile ce nu respectă terminologia dermatologică, de exemplu: fosfo-

ridele, dermitele provocate de anilină, bromidele (dermite datorită bromului), dermite produse de lacuri, dermatoze întâlnite la băcani, pustulele inițiale la minieri, dermitele datorite creozotului și apoi afecțiunile profesionale ale unghiilor și părului.

La consultațiunile Secției Dermato-venerice de pe lângă Serviciul Medical al Casei de Asigurări Sociale Arad, având în vedere că orașul Arad este un oraș industrializat cu întreprinderi ce lucrează cu fierul (Fabrica de vagoane și armament „Astra”), întreprinderi textile, topitorii de in și cânepă, fabrică de săpunuri, întreprinderi de fabricarea oglinzilor, etc., în toate acestea muncitorii sunt expuși a face aceste dermatoze profesionale, pe care le-am descris și la consultațiunile noastre zilnice, nu arareori întâlnim aceste afecțiuni cutanate de natură profesională.

Orientarea profesională a Casei de Asigurări Sociale Arad, condusă de Medicul șef împreună cu medicul specialist de boli de piele iau în considerare la îndrumarea ucenicilor starea de sensibilitate și alergice a fiecăruia, îndreptându-l spre meseria adecuată stării sanitare generale.

La muncitorii din întreprinderile amintite mai sus s-au luat toate măsurile pentru a-i pune la adăpost de acțiunea agenților niciși cari ar putea contribui la apariția dermatozelor descrise.

Aceste măsuri au fost a) rotația muncitorilor cari lucrează la vopsitorii, turnătorii, imprimerii și filatorii de in pentru a-i sustrage efectului îndelungat a agenților externi; b) mănuși de protecție; c) fiecare secție în parte are cantități suficiente de seu pentru protecție, atât la intrarea în fabrică, cât și ieșire; d) starea lui sanitară este îngrijită printr-o alimentație consistentă, care este pusă la dispoziția lui în mod gratuit de întreprinderile respective.

Astfel s'a ajuns, datorită tocmai acestor măsuri de protecție preventive, să se împuțineze cazurile de dermatoze profesionale cari au făcut recidive, fiind îndrumați spre o altă meserie.

Bibliografie

1. Preteino-terapie et auto hemo-serotherapie dans le traitement des dermatoses professionnelles. - J. Spillman.
2. Dermatose professionali nelle industrie chimiche in Italia. - Gardoni 1936, Bologna.
3. Un caso di toxico dermia grave in una industria chimica, Torino 1932, Pazzl.
4. Behandlung der haut und Geschlechtskrankheiten. - Scheffer - Dr. Karl Seiler und Dr. Konrad Siebert, Berlin-Wien, 1932.

SERVICIUL MEDICAL AL CASEI DE ASIGURĂRI SOCIALE,
ARAD



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE**

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 9 Martie 1944

Prezidează: d-l Prof. M. STURZA

Prof. M. Sturza: Felicită în numele Societății Științelor Medicale Cluj-Sibiu pe membrii acesteia înălțați la rangul de profesor (I. Gavrilă și T. Popoviciu) și conferențiar (A. Moga, I. G. Rusu și R. Opreanu):

Dr. L. Comes: **Un caz de nev pilo-pigmentar gigant.**

Este vorba de o bolnavă de 20 ani, internată în Clinica de Boli Contagioase cu febră tifoidă, și care prezintă în același timp, în mod congenital, niște nevi pilo-pigmentari de formă gigantă. Unul dintre aceștia ocupă întreaga regiune inferioară a spatelui și regiunea lombară, având o formă neregulată și întinzându-se până în axila stângă. Pielea din această regiune este intens pigmentată și acoperită cu o pilozitate deasă și abundentă, având aspectul de „piele de animal”, denumire sub care unii autori germani descriu aceste formațiuni.



Bolnava mai prezintă și în alte regiuni ale corpului astfel de nevi pilo-pigmentari, însă de dimensiuni mai reduse, precum și mai mulți alți nevi pigmentari de mărime normală.

Incadrarea acestor formațiuni în categoria nevelor pigmentari, este justificată nu numai prin structura istologică identică, ci și prin faptul că la același individ la care se constată astfel de nevi pilo-pigmentari giganți se găsesc concomitent și nevi pigmentari de dimensiuni normale, cum se observă și în cazul prezentat.

D-l Dr. Gh. Păcurariu, subliniază raritatea acestor cazuri, și amintește un caz de nev pilo-pigmentar gigant, publicat de D-sa în 1926.

D-l Dr. Cotuțiu, arată importanța medico-legală a nevelor pilo-pigmentari, mai cu seamă la capitolul identificărilor.

Dr. Duma D.: **Un caz de diabet insipid cu nanism și infantilism.**

Autorul prezintă în fața societății un bolnav de 15 ani, care suferă de diabet insipid din primul an al vieții, ca urmare a unei boli febrile grave nedeterminabilă. — Polidipsia și poliuria s'a stabilit la o cantitate de 6—8 kgr. în 24 ore, densitatea urinei fiind 1003. — Concomitent creșterea a rămas în urmă, încât la 15 ani abea prezintă dezvoltarea unui copil de 10—11 ani, având în minus circa 20 cm. la talie și 14 kgr. la greutate

față de vârsta sa cronologică. Afară de aceasta caracterele sexuale secundare lipsesc complet, iar cele primare sunt mai slab dezvoltate. Semnele clinice cât și cele radiologice ale sellei, excluzând o tumoră hipofizară, autorul explică patogenia acestui sindrom printr-o leziune scleroasă infundibulo-tubero-hipofizară, provocată de boala sa febrilă, — și insistă asupra importanței corelațiunii funcționale între aceste regiuni. Din acest sindrom mai ușor e influențabil diabetul insipid cu hormonul antidiuretic al lobului hipofizar posterior, cum s'a întâmplat și în cazul de față, la care polidipsia și poliuria deja după 3 injecțiuni a scăzut la 1 kgr. și jumătate. Ce privește nanismul și infantilismul ele se influențează mai greu și se indică hormonul de creștere al antero-hipofiziei, eventual și cel gonadotrop, apoi extract tiroidian și timic. Radio-terapia încă dă rezultate.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea: **Un caz de lepră mixtă.**

Bolnavul A. I. de 26 ani, agricultor necăsătorit din Băișoara—Argeș, este internat în Clinica Dermato-venerică din Cluj—Sibiu dela 1 Martie 1944, pentru o afecțiune cutanată, care durează de mai mulți ani. În familie nimeni nu suferă de asemenea afecțiune. Bolnavul declară, că din 1935 slăbește ca greutate și forță musculară, prezintă dureri articulare, pentru care urmează băi la Govora; tot de atunci are și o secreție nazală seroasă abundentă permanentă, alternând cu epistaxă. În anii următori se instalează și niște dureri de cap, i se tumefiază testicolul drept, apoi cel stâng. În 1942 îi apar o serie de pete eritematoase pe coapse, îi cade părul și sprâncenele în teritorii mici rotunde, iar în 1943 îi apar pe frunte, nas, obraji, buze, bărbie și în jurul petelor amintite un număr mare de tumorete, care persistă și în prezent. A fost văzut de 2 medici la Govora, fără să i se prescrie vreun tratament, sau să se ia măsuri de izolare.

La examenul obiectiv: bolnavul mijlociu dezvoltat, slab nutrit, cu tegumentele palide, pe alocuri cu o nuanță gălbuie-brună și cu un luciu oleos și cu țesutul muscular foarte redus, prezintă un număr mare de pete eritematoase roz-violacee, sau gălbui-brune și teritorii depigmentate, localizate pe fața externă a membrelor superioare, pe fese, fața post. a coapselor și a gambelor, de dimensiuni variabile, izolate și confluențe. În jurul acestor pete eritematoase și leucodermice, dar mai cu seamă pe frunte, nas, obraji, buze, bărbie, reg. submaxilară, părțile laterale ale gâtului, pe pleopa sup. dreaptă și pe pavilionul urechilor, se prezintă numeroase tumorete sub aspectul unor tuberculi și tuberozități, până la dimensiunea boabelor de fasole, răzlețe și confluențe, de culoare roz-violacee-brune, cu suprafața netedă, lucioasă, foarte dure și indolore. Aceste formațiuni prin infiltrarea vârfului, a aripilor și a septului nazal cartilagos și prin destrucția parțială a aripei stângi, pe de altă parte prin tumefacția buzelor, produc deformări caracteristice, imprimând figurii un aspect ușor leonin. Perii capului și ai sprâncenelor rarefiate, în arii rotunde. Mucoasele nu prezintă nimic patologic, iar din partea sistemului limfatic, găsim o scleradenită generalizată. Din punct de vedere organic, la nivelul testicolelor și al epididimelor, se palpează niște infiltrate dure, neregulate, sensibile. Sistemul nervos prezintă turburări funcționale prin abolirea sensibilității termice și dureroase și prin diminuarea celei tactile, precum și alterațiuni organice, prin prezența unor cordoane nervoase dure, care se palpează în treimea mijlocie și fața ant. a coapselor. Se prezintă și turburări trofice prin hiperfuncția glandelor sebacee, dând luciul caracteristic tegumentelor, precum și o acrocianoză a mâinilor. În urină și sânge nimic patologic. Din secrețiunea nazală se pun în evidență bacilii Hansen.

Este vorba deci de un bolnav cu lepră mixtă, provenind din focarul endemic subcarpatin, care după cum se știe, dă forme mai mult cutanate, cu predominarea leziunilor maculoase (lepride) față de un număr mai redus de erupțiuni tuberoase (lepromi), fenomenele nervoase, ca și în cazul nostru fiind foarte puțin exprimate.

În privința tratamentului nu s'a înregistrat niciun progres, și azi aproape singurul mijloc eficient fiind Ol. de chaulmoogra per os în doze masive, până la 200 pic. ori sub forma produsul injectabil „Antileprol” Bayer. Vaccinoterapia specifică (Leprina) și desinfectantele generale: inj. cu albastru de metile și Neosalvarsan, Sulfamide, dau rezultate inconstante.

Cazul a putut fi internat în Clinică în interes didactic — ce e drept izolat — prin faptul, că infecțiozitatea leprei este foarte redusă, urmând ca după terminarea studiilor în legătură cu acest caz, să fie transferat la leprozeria din Tichilești.

Dr. P. Țârlea: Acne cheloidiană serpiginoasă.

Soldatul concentraș C. Gh. de 34 ani din Huca (Covurlui), de 2 ani suferă de o afecțiune cutanată localizată exclusiv pe ceafă, care în mersul ei ascendent și invadant, n'a putut fi influențat prin nicio medicație, nici chiar la Spitalul Militar din București.

La examenul obiectiv, bolnavul cu stare generală bună, fără vreo altă suferință din partea vreunui organ sau sistem, prezintă în regiunea cefei, cuprinzând și regiunea suboccipitală, un placard întins, cât o palmă de adult, cu axa mare în sens transversal. Placardul este constituit din două zone distincte: aria formată dintr-o cicatrice alb-rozată presărată cu numeroase pigmențiațiuni, fiind groasă, cheloidiană, dură, organizată spre partea glabră și în plină evoluție înspre regiunea păroasă și complet lipsită de peri. Zona periferică a placardului este constituită dintr-o bordură roșie-brună — cu nuanțe albicioase, ridicată din planul tegumentelor cu 3 mmm, sub aspectul unui cordon fibros serpiginos, policiclic. Acest cordon este compus din niște tuberculii fibroși aglomerați, perifoliculari, cari prind la nivelul lor mai multe fire de păr în smocuri ca niște pensule. În jurul acestui burelet, se observă o serie de foliculite papuloase acuminate, centrate de un fir de păr, unele cu o mică pustulă centrală, în general cu fenomene inflamatorii foarte reduse. Perii epilați, prezintă un manșon intradermic purulent.

Această afecțiune relativ rară, a fost descrisă de Bazin sub denumirea de: Acne cheloidiană, cu localizarea tipică în regiunea cefei, exclusiv la bărbați, mai ales la cei bine nutriți. Termenul de acne cheloidiană nu este tocmai potrivit, întrucât ea nu este nicio acnee și niciun cheloid. Este o foliculită cronică, care progresează încet în înălțime și se vindecă în jos prin cicatrice. De aceea Ehrmann cu drept cuvânt o numește „Folliculitis nuchae sclerotisans”, iar Sabouraud o consideră ca o varietate aparte, cu evoluție cicatricială, a sicozei cefei.

Tratamentul și vindecarea afecțiunii constituie o problemă dificilă, cea mai eficientă metodă fiind distrugerea bordurei și a foliculitelor cu ajutorul termocauterului și o scarificație profundă, urmată de Radioterapie. Excizia chirurgicală este urmată de recidive.

Dr. P. Țârlea: Un caz de sifilis grav, după reinfecție.

Bolnavul B. O. de 27 ani, blănar din Sibiu, este internat în Clinică dela 23 II. 1944. A mai fost internat în vara anului 1943, cu o eritrodermie postsalvarsanică, survenită în cursul unui tratament antisifilitic, de tipul abortiv. Înainte de Crăciun, contractează o nouă infecție sifilitică, cu poarta de intrare în rădăcina penisului, urmată la două luni, de apariția unei erupțiuni cutanate diseminată pe tegumente, cu caracter distructiv, leziunile fiind considerate ca piodermie și tratate în consecință.

La examenul obiectiv, bolnavul bine dezvoltat, slab nutrit, anemic, astenic, suferind de insomnie și de inapetență, la nivelul organelor genitale prezintă o distrucție a prepuțului, sub forma unei ferestre, prin care glandul iese la suprafață, iar restul prepuțului, cu orificiul natural, este deplasat la stânga. La rădăcina penisului, se observă o cicatrice semicirculară, roz-lividă, la periferie cu o bordură roșie-brună, infiltrată, vestigiul sifilomului primar. Pe tegumente prezintă o erupțiune cutanată diseminată, în număr mai mare pe trunchi, abdomen, flancuri, spate și pe fețele flexorice ale membrilor, precum și pe față și pielea păroasă a capului. Aceste erupțiuni polimorfe, sunt constituite din leziuni papuloase, la început lenticulare roșii-brune, cu suprafața netedă, altele cu o pustulă centrală, iar într'un stadiu mai avansat, cu o crustă concentrică suprapusă, de aspectul unei scoici, acoperind o suprafață exulcerată, ridicată, formând așanumite rupii sifilitice, de dimensiunea unor monede de 2—5 Lei. Aceste leziuni au tendință de regresie spontană, prin cicatrici alb-rozate, înconjurate de o zonă pigmentară. Pe față, în șanțul nazo-genian, pe pleoape, obraji și pe pielea păroasă a capului, erupțiunile papulo-crustoase prezintă un fond ridicat, hiperplazic, ulceros, cu numeroase excrescențe papilomatoase, asemănătoare smeurei, așa ziso sifilide „framboesiforme”. — Pe mucoase, plăci mucoase amigdalene. Sistemul limfatic prezintă o scleradenită generalizată. R. W. intens pozitivă. Din leziuni se pot pune în evidență treponemi.

În evoluția sifilisului secundar deosebim două varietăți: Una cu mers obișnuit, cu erupțiuni de tipul rozeolei sifilitice, urmată de leziuni papuloase lenticulare, cu caracter rezolutiv, forma comună a sifilisului secundar și o altă varietate mai rară, mai distructivă, cu o stare generală gravă, numit sifilis malign. Această varietate poate îmbrăca aspectul așa numitului „sifilis malign precoce”, cu un sifilom primar mic, care regresează repede și cu o stare de anergie a organismului, din care cauză leziunile sunt dela început foarte distructive, sistemul limfatic nu reacționează sub forma scleradenitei generalizate obișnuite, spirocheții nu se pot evidenția din leziuni, pe mucoase nu găsim determinări papuloase, iar în sânge lipsesc reacțiunile biologice, seroreacțiile fiind negative. — Față de această varietate a sifilisului secundar malign, școala franceză descrie o varietate și mai rară, sub denumirea de sifilis „grav”, care nu este altceva decât un sifilis secundar, cu toate caracteristicile lui: sifilom obișnuit, erupțiuni papuloase, prezența treponemilor, a sclerodeniului și leziunilor pe mucoase, seroreacțiuni pozitive, numai caracterul foarte distructiv al leziunilor papuloase, de tipul rupiilor sifilitice și starea generală gravă, prin anemie, scăderea mare în greutate și în forța musculară, insomnia, inapetența și ascensiunile termice imprimă o evoluție malignă a infecției sifilitice, care însă — ca și în cazul de față — reacționează prompt la tratamentul specific combinat arseno-bismutic.

În ceea ce privește cazurile de reinfecție, atât de rare din noian, în ultimul timp, prin metodele terapeutice foarte eficiente și prin posibilitatea de a putea trata și urmări cazurile de sifilis până la vindecare, de altă parte prin morbiditatea mare de sifilis, care este apăsătorul timpurilor turburi pe care le străbatem, înregistrăm din ce în ce mai multe cazuri de reinfecție sifilitică, constituind un argument important pentru vindecarea sifilisului.

Prof. Dr. Victor Papilian, Conf. Dr. I. G. Russu: Raportul dintre nervii periferici și funcțiunea inimii.

Într-o serie de lucrări anterioare autorii luând ca test sin-copa adrenalino-cloroformică, au arătat că nervii genito-crurali ar putea constitui laolaltă un sistem pressor-depressor. În lucrarea de față autorii au încercat, dacă și alți nervi dela periferia corpului nu ar avea funcțiuni similare. În acest scop ei s'au adresat nervilor intercostali, nervilor accesorii brachiali cutanați interni și nervilor brachiali cutanați interni.

Secțiunea nervilor intercostali (1—5 de ambele părți) impiedică în majoritatea cazurilor (85%) producerea sincopiei adrenalino-cloroformice. La fel și secțiunea nervilor accesorii brachiali cutanați interni, fără a se putea face deosebire între partea dreaptă și stângă ca la nervii genito-cruiali.

Din aceste concluzii autorii conchid că periferia ar avea un rol foarte important în menținerea reflexă a funcționării inimii. Cercetări făcute asupra nervilor brachiali cutanați interni, n'au dat rezultate concludente.

Dr. Prăgoiu Ioan, Dr. Puiu Vespasian: Un caz de „Hamartom” al regiunii parotidiene.

Regiunea parotidiană se caracterizează prin prezența unor varietăți mari de tumori ale țesutului epitelioglandular și a țesutului conjunctiv.

Forma rară de tumoră a regiunii parotidiene ce o prezentăm în fața D-voastre nu am găsit-o descrisă în literatura medicală ce ne-a stat la dispoziție.

Este vorba de o tumoră musculară rabdomiomică, de natură disembrio-plastică, pe care E. Albrecht a numit-o „Hamartom”. Sub această denumire E. Albrecht a descris o serie de tumori cari iau naștere prin lipsa parțială a țesutului parenchimos dintr'un organ și care lipsă este înlocuită prin țesut conjunctiv adult.

În cazul nostru tumora a luat naștere și s'a dezvoltat în regiunea parotidiană stângă, cu un pedicul intim atașat de maselele din această parte.

Descrierea cazului nostru: P. A. de 61 ani, din comuna Avrig, de ocupație plugar. În ziua de 22 II. 1944, vine la consultațiile Clinicii Chirurgicale din Cluj-Sibiu, pentru o tumoră în regiunea parotidiană stângă. În antecedentele heredo-colaterale, după afirmația bolnavului, nimeni nu a suferit de o afecțiune similară. Antecedentele personale nu prezintă nimic important în legătură cu afecțiunea prezentă.

După cât își aduce aminte bolnavul, tumora din regiunea parotidiană stângă a apărut înainte cu aproximativ 29 ani, și a crescut treptat până la mărimea unei mandarine pe care o prezintă azi. Tumora în mărimea ei actuală datează de mai mulți ani. În ultimul timp a simțit că tumora a suferit modificări în consistența ei, în sensul unei înmuieri într'un punct. Având și mici dureri cu iradiere în urechea stângă și de teama unei complicații, s'a decis să se opereze.

La examenul general nu se constată nimic deosebit.

Examenul local: regiunea parotidiană stângă, la inspecție, se constată prezența unei tumori de mărimea unei mandarine, suficient de mobilă pe planurile subjacente. Tumora este situată în țesutul celular subcutanat.

Tegumentele, dela nivelul tumorii prezintă discrete venectazii, și nu sunt aderente de tumora subiacentă. La palpare, consistența tumorii este dură și neregulată, cu o porțiune ușor fluctuantă în cadranul postero-superior. La tentativa de deplasare a tumorii, bolnavul acuză ușoară durere locală, care iradiază spre conductul auditiv extern. La explorarea cavității bucale, orificiul canalului lui Stenon, din partea stângă, nu prezintă modificări patologice. Fața este simetrică, fără semne de iritație sau paralizie parțială a feței din partea stângă.

Se intervine pentru extirparea acestei tumori, printr'o incizie orizontală, în direcția comisurii bucale din partea stângă, pentru a menaja în felul acesta filetele nervului facial. Tumora este destul de bine incapsulată și prezintă mici aderențe cu țesuturile din jur. În timpul decolării tumorii se deschide porțiunea fluctuantă din cadranul postero-superior și se elimină o masă de substanță reziformă lichiefiată, de aproximativ 1 cm³. După decolare, tumora mai rămâne legată printr'un pedicul îngust de mușchiul maseter. După secționarea acestui pedicul, se extirpă tumora

în întregime. Se închide plaga complet și se lasă o mică meșă de drenaj în colțul posterior al plăgii, care se suprimă după 24 ore. La 4 zile se scot agrafele, plaga este vindecată „per primam intenționem”.

Examenul histo-patologic al tumorii, făcut la Prosectura Clinicilor Universitare din Cluj-Sibiu, ne-a dat următorul rezultat: în tumora trimisă se văd fascicule musculare striate, în cea mai mare parte degenerate și amputate. Între aceste fascicule se văd celule fibroblastice înmulțite. Nu se găsește țesut glandular parotidian normal sau tumoral. Credem după secțiunile făcute că avem de a face cu o tumoră musculară rabdomiomică de natură disembrioplazică. (Hamartom).

În cazul descris, tumora disembrioplazică este benignă cu punctul de plecare din mușchiul maseter stâng. În ultimul timp tumora a suferit un proces de ramolire parțială, însă nu de transformare malignă.

E. Albrecht descrie hamartoamele ca fiind mai frecvente în organele interne. Aceste varietăți de tumori se confundă cu fibromele și uneori cu fibro-sarcomul. Diagnosticul diferențial nu se poate face decât numai prin examenul histo-patologic.

Am prezentat acest caz de tumoră disembrioplazică, numită de către Albrecht „Hamartom”, pentru raritatea ei atât ca structură histo-patologică, cât și ca localizare în regiunea parotidiană.

Conf. Dr. Cimoca — Dr. Prăgoiu I — Dr. Păcurariu Gh: Malformațiuni congenitale ale mânilor pe teren heredosifilitic, în legătură cu un caz clinic.

În etio-patogenia malformațiunilor congenitale scheletice, sifilisul ocupă un rol important.

Sero-diagnosticul cu antecedentele heredo-colaterale și prezența stigmatelor sifilitice la ascendenți și bolnav, contribuie la precizarea etio-patogeniei.

În cazul nostru este vorba de o fetiță în vârstă de 3 ani, cu malformațiuni congenitale la ambele mâni, a cărei mamă este o veche specifică, care a urmat tratamentul antisifilitic în mod neregulat la unul din noi.

Iată descrierea cazului nostru: B. I. fetiță, în vârstă de 3 ani. Născută la termen, adaptată la sânul mamei. În părțile intacte ale scheletului, s'a dezvoltat în condițiuni normale. La vârsta de un an a început să umble și să vorbească. La examenul somatic general, — exceptând malformațiile dela nivelul mânilor — fetița este bine dezvoltată — corespunzător vârstei — atât din punct de vedere fizic, cât și psihic. Este de remarcat prezența unui strabism divergent. În prezent, sero-reacția Wassermann este negativă atât la mamă, cât și la fetiță. După afirmațiunile mamei, fetița s'a născut cu malformațiunile prezente.

Examen local: mâna dreaptă prezintă lipsa totală a degetelor 2, 3 și 4. Tegumentele la nivelul degetelor lipsă, nu prezintă semne de cicatrice. Degetul mic al mâinei drepte prezintă o largă bază de implantare cu versantul radial oblic și care se continuă cu plica interdigitală a polocelui. Vârful degetului mic este deviat înafară (clinodactilie) din articulația interfalangeană terminală a acestui deget se constată prezența unui rudiment de deget de aproximativ 1/2 cm cu o mică unghie bine diferențiată. Policele drept este de aspect normal cu o ușoară laxitate în articulația metacarpo-falangeană. Mâna în urma acestor malformațiuni are aspectul unei foarfece de rac. Mâna dreaptă în complexul ei și în comparație cu mâna stângă este mai mică. La mâna stângă se constată o sindactilie membranoasă laxă între indexul hipoplazic și degetul mijlociu normal dezvoltat. Indexul stâng hipoplaziat ajunge numai până la prima articulație interfalangeană a degetului mijlociu. În rest mâna stângă este normal dezvoltată.

Examenul radiologic al acestor malformațiuni congenitale prezintă anumite particularități foarte interesante și cari contribuie într-o măsură oareșică la precizarea patogeniei. În primul rând se constată lipsa totală a scheletului osos a degetelor 2, 3 și 4, dela mâna dreaptă. Metacarpinii corespunzători degetelor lipsă, prezintă următoarele caractere radiografice: metacarpianul II este lipsă și la nivelul regiunii lui topografice se constată în mod discret un mic punct de osificare de mărimea unui bob de mei. Nucleul osos al metacarpianului III, este de mărimea unui bob de mazere. Metacarpianul IV, se apropie de conformația normală, cu nucleul de osificare diafizo-epifizar proximal hipoplazic. Nucleul de osificare secundar epifizar distal lipsește, iar înaintea lui, adică la nivelul bazei externe a degetului mic se constată prezența unui mic nucleu de osificare, care pare a fi epifiza proximală a falangei bazale a degetului IV. Pe radiografia comparativă și scheletul osos al policelui dela mâna dreaptă este hipoplazic. Nucleii de osificare carpiani, corespunzători osului mare și osului cu cârlig sunt ușor neregulați. Scheletul osos al mâinii stângi este normal afară de lipsa falangei terminale a indexului, cu hipoplazia celor două falange existente.

La nivelul antebrățelor nu se constată modificări patologice atât din punct de vedere clinic, cât și radiologic.

În restul scheletului osos al membrilor superioare, al membrilor inferioare și a coloanei vertebrale, nu găsim nimic anormal.

Care va fi conduita noastră terapeutică în acest caz? Vom proceda la extirparea rudimentului de deget dela nivelul degetului mic. Pentru sindactilia dela nivelul mâinii stângi vom face o operație plastică prin secționarea membranei interdigitale (Didot-Ombredanne) sau vom proceda la extirparea indexului hipoplazic. În ce privește metacarpinii aplazici dela mâna dreaptă și cari încă se pot desvolta, Ombredanne recomandă extirparea lor la vârsta adultă, pentru a nu împiedeca funcțiunea degetelor 1 și 5.

Din punct de vedere funcțional, mâna dreaptă cu cele două degete extreme se adaptează perfect de bine funcțiunii de prehensiune ca foarfecele racului la fixarea pradei.

★

REUNIUNEA ANATOMICĂ

Sedința V-a, din 16 Martie 1944

Prezidează: PROF. DR. TITU VASILIU

1. Prof. Traian Popovici: **Prezentare de caz.**

Autorul prezintă o tumoare a uterului operată puțin înainte. Sunt mase fibromiotoase în peretele uterin, care deformează complet organul, luând mărimea unui cap de adult. A fost foarte greu de extirpat necesitând timp mult, trebuind să fie sculptată în vasele mari (bolnava a sucombat după 24 ore dela operație).

2. Prof. Titu Vasiliu: **Stenoze intestinale multiple cu etiologie puțin definită (56 A.).**

Un bolnav de 61 ani, funcționar, sucombat în Clinica Chirurgică I (Prof. Al. Pop) în 14 V. 1943.

Date clinice. La 32 ani pleurezie exudativă stângă. În războiul mondial trecut (acum 24 ani) a prezentat turburări digestive, manifestându-se prin vărsături rebele și scaune diareice, care cedază după un regim dietetic de trei săptămâni. De atunci a mai prezentat fenomene asemănătoare cam de 3—4 ori pe an. De trei luni apar dureri cam la trei ore după alimentație, cu iradiieri în regiunea lombară. Pe peretele abdominal se observă unde peristaltice, care pornesc din flancul stâng și se generalizează la întreg abdomenul. Are și ghiorăituri care se aud la distanță. Are 5—6 scaune diareice la zi. Îngerează 2—3 litri de apă la zi, iar buzele

ii sunt uscate. I se face operația: Entero-entero-anastomoză latero-laterală. Diagnosticul clinic: *Stenoze intestinale multiple.*

Diagnostic anatomo-patologic: Cusătură entero-enterală chirurgicală. Tuberculoză calcificată a ganglionilor hilari în grad mic. Trei stenoze circulare a anșelor intestinale pe distanță de 40 cm. Prima este la 10 cm. de cec pe ileon și celelalte două la distanță de 15—18 cm. unele de altele. Îngroșarea mezenterului pe toată întinderea. Leziuni de natură carcinomatoasă (?). Stenoze tuberculoase.

Histologic nu se constată leziuni carcinomatoase. Este o inflamație sclerozantă fără caractere de tuberculoză tipice, totuși cu toată negativitatea leziunilor caracteristice nodulare și mai cu seamă a celor infiltrative cazeoase, credem că putem afirma că este vorba de o fibromatoză cicatricială tuberculoasă. Această afirmare este tocmai pe caracterul scleros al leziunii, la un om care are o tuberculoză evidentă veche a plămânului. Excluderea altor leziuni, în special cea carcinomatoasă, întărește prezumția de etiologie tuberculoasă a acestei afecțiuni.

3. Prof. Dr. Rubin Popa, Dr. A. Nana și Dr. I. Neamfu: **Un caz de fibro-miom calcificat.**

Precipitarea și depunerea de Ca în organism, în diverse procese patologice este frecventă. Procesul este favorizat de o serie întreagă de factori locali și generali. În deosebi țesuturile moarte sau profund alterate (processe t. b. c., sdobiri musculare, fragmente musculare modificate prin tulburări de circulație, infracte etc.) favorizează această precipitare.

În tumori calcificarea este o dovadă a metabolismului scăzut ca și a necrozei de porțiuni tumorale. Procesul are loc adeseori în deosebi în fibro-miomele uterine, prin același mecanism patogenetic. Virchow, a arătat că precipitarea Ca nu se produce în miomele submucoase și cervicale bine nutrite. S'au descris toate formele de trecere dela un fibro-miom necrotic cu o subțire coajă calcaroasă, până la o completă petrificare a tumorii. Ca se depune sub o formă de granule fine difuze și bogate mai ales în țesutul hialinizat. Stöerck găsește depozite calcaroase sub aspect bile, cari mai conțin încă fascicule tisulare mai mult sau mai puțin calcificate în scoarța calcaroasă a unui fibrom.

S'au scris calcificări și petrificări în miome uterine de mărimi variate. Meyer descrie un miom petrificat intra uterin, fără urme de fibre tisulare, de mărimea unui cap de făt și s'au întâlnit astfel de pietre uterine până la 3000 gr.

Ca înfățișare miomele uterine calcificate sau petrificate se prezintă cu o formă rotundă sau ovalară, cu consistență dură pietroasă cu o suprafață de secțiune neregulată granuloasă, poroasă ciuruită.

Studiul chimic a arătat că în aceste cazuri este vorba de depuneri de săruri de Ca a acizilor: carbonic, sulfuric și fosforic.

Într-o analiză recentă, Murray găsește mai ales carbonat de calciu, de magneziu și fier. Nu găsește însă compuși ai acidului fosforic.

Autorii găsesc un astfel de fibro-miom uterin calcifiat în întregime, aproape petrificat, la o femeie în vârstă de 57 ani.

Cu antecedente negative, femeie în cauză care a avut prima menstruație la vârsta de 10 ani, urmată în cicluri regulate până la 42 ani, n'a avut nicio naștere și nici avorturi. Se plânge că de aproximativ 4 luni are dureri mari în hipogastru cari trec în spre flancuri și lombe. Durerile sunt persistente și continui. N'are scurgeri uterine.

La examenul genital, se constată un uter mărit de volum, aproximativ cu dimensiunile unui cap de făt, cu forma păstrată, de o consistență foarte mare, aproape petroasă. Parametrele sunt libere cu diagnosticul de fibrom uterin degenerat (?), se intervine făcându-se o histerectomie subtotală. Secționat, uterul extirpat arată în cavitate o formațiune tumorală, aproape sferică de mă-

rimea alor 2 pumni de adult, cu suprafața de secțiune grunjoasă, neregulată, ciuruită și de consistență pietroasă. Tumora are legături cu submucoasa uterină, nu pătrunde însă în peretele muscular. Microscopic tumora este formată din fascicule de țesut muscular neted și de țesut conjunctiv, cari se întretăie în toate sensurile. În unele părți fasciculele sunt transformate în mase tisulare omogene, cu foarte rari nuclei, cu aspectul țesutului hialin. Acest țesut hialin este apoi aproape în întregime încărcat cu mase de calciu, fie sub forma de granule fine împrăștiate între celule, fie de grunji polimorfi de mărimi variabile.

Structura tisulară hialină se întrezărește încă în toate părțile tumorii.

Este deci vorba de un mio-fibrom, submucos, dezvoltat în cavitatea uterină, pe care o umple, cu destinderea și consecutiv mărirea apreciabilă a organului fără a-l deforma însă. În evoluția sa tumora a suferit apoi o degenerescență hialină apreciabilă cu o abundență depunere de calciu, acest fapt determinând consistența ei pietroasă.

În practică, un astfel de fibro-miom calcificat, pune problema de diagnostic diferențial cu tumorile benigne și maligne cartilaginee sau mixte, cartilaginee și osoase, cari foarte rar se pot totuși întâlni în uter. Numai examenul histologic poate să ne dea un răspuns definitiv la această chestiune.

4. Prof. Titu Vasiliu: Eroziune reumatismală a aortei toracice cu hematoma juxtavertebral toracic și revărsare de sânge în pleura dreaptă (Boala lui Take Ionescu) (79 A. I. A. P.).

Un bolnav de 55 ani, agricultor din jud. Alba, a intrat în Cl. Chirurgicală I (Prof. A. Pop) în 12 IX 1943 și a suferit în ziua de 13 IX 1943 cu diagnosticul clinic de „ocluzie intestinală”. Bolnavul are temperatură înaltă, leucocitoză de 34.000 și o stare foarte gravă. Pentru fenomenele prezentate (meteorism și suprimarea scaunelor) care durează de 10 zile, este operat. La operația care se execută nu se găsește volvulus. După trei zile bolnavul sucombă cu colaps cardiac și periferic.

Autopsia făcută în ziua de 15 IX 1943 constată la examenul extern un cadavru bărbătesc, slăbit.

Craniul e îngroșat și mai compact. Meningele e hiperemic, iar substanța cerebrală puțin edematiată.

Toracele. Cavitatea pleurală dreaptă este plină cu sânge în parte coagulat mai cu seamă în părțile de jos supradiafragmatice. Plămânul e liber în cavitatea pleurală cu aderențe la bază către diafragm. Plămânul stâng de asemenea liber. Pleurele ambilor plămâni sunt netede. La secțiune plămânul drept prezintă o cantitate de bronșii dilatate și pline cu o substanță purulentă. În sacul pericardic 20 cc. lichid serocitrin. Ventriculul stâng globulos contractat. Marginile valvulelor mitrale puțin îngroșate fără trombi sau excrescențe.

Aorta ascendentă și mai puțin cea toracică are peretele îngroșat cu o ușoară dilatație sacciformă; intima e îngroșată, având ridicături albicioase și șanțuri longitudinale. Aorta la pătrunderea prin diafragm prezintă o infundare cu peretele neregulat, comunicând cu un hematoma care la rândul lui comunică cu pleura dreaptă. În jurul acestei cavități de mărimea unei portocale mari e un perete făcut de țesuturi moi și mușchi vertebrali, aderent de periostul corpurilor vertebrali, fără ca periostul să fie alterat. Se observă o dilatare anevrismatică a ramurilor arterelor diafragmatice eșite din aortă la acest nivel.

Ficatul mărit, dur (2000 gr.). Splina mare, sfărâmicioasă și intumescentă. Rinichii măriți cu intumescență.

Diagnostic anatomo-patologic: Revărsare hemoragică în cavitatea pleurală dreaptă. Hematom în jurul ramurilor diafragmatice drepte cu **ulcerația aortei** la nivelul emergenței lor. Intumescența toxiinfecțioasă a ficatului, splinei și rinichiului. Aortită sifilitică.

Această ulceratie și cu hematoma consecutiv, fără a găsi un adevărat anevrism, este greu de interpretat. Secțiunile histologice ale peretelui aortei arată leziuni mai caracteristice de reumatism decât de sifilis. Sunt puține cazuri în literatură de astfel de eroziuni ale aortei, așa numita *boala lui Take Ionescu*, dela care a fost studiată în urma unei febre tifoide, la Roma. În cazul nostru nu a fost nimic, nici clinic nici anatomo-patologic, de febră tifoidă.

După leziunile histo-patologice credem că este o alterație arterială reumatismală. Diagnosticul diferențial cu sifilisul este ușor de făcut, iar leziunile găsite sunt foarte asemănătoare cu datele nouă histo-patologice ale reumatismului, așa cum le-a descris Klinge și cum le-am arătat și noi în cazurile noastre și în altele.

Revista revistelor

INTERNE

Simptomatologia și patogeniza trombozei și a emboliei. (Über die Symptomatologie und Pathogenese der Thrombose und Embolie) de Dr. H. Storz. Zeitschrift für gesamte experimentelle Medizin, Bd. 113, Heft 1, pag. 65, 1943.

După o descriere a tabloului simptomatic a tromboflebitei și a trombozei în legătură cu marea și mica embolie, se discută cauzele trombozei care trebuiesc căutate în starea sângelui, viteza curentului circulator și starea pereților vasculari. O deosebită importanță se acordă coagulării sângelui. Acest proces este comentat ca o manifestare și fază introductivă a trombozei. Se scoate în relief importanța relațiunii trombină-antitrombină. Fenomenul de coagulare și tromboză nu depinde de cantitatea de fibrină sau de numărul trombocitelor, ci de activitatea trombinei și a antagoniștilor ei. Producerea trombozei este condiționată de o slăbire a funcțiunii antitrombice și deci o protecție scăzută a fibrinogenului în raport cu trombina. Localizarea și manifestarea trombozei astfel începute, este sub dependența legilor mecanice a circulației și a stării pereților vasculari. Cu ajutorul reacțiunii de descompunere

a trombinei, autorul crede că se poate depista o dispoziție pentru tromboză. Recomandă administrarea în scop preventiv a substanțelor coagulante și a tonicelor cardiace.

Dr. V. P.

Influența vitaminelor hidrosolubile asupra inflamațiilor seroase de W. Beiglböck și H. Bestschinger. (Kl. Woch. 12/1943.

Pornind dela cercetări mai vechi, prin cari se pune în evidență acțiunea lactoflavinei asupra „inflamației seroase”, autorii încearcă și efectul celorlalte vitamine hidrosolubile (ac. aminonicotinic și vitamina C), ajungând, prin experiența pe animale, la rezultate asemănătoare. Vitaminele hidrosolubile acționează atât asupra parenchimului hepatic, diminuând exudatul și producând o regenerare a celulelor, cât și asupra țesutului reticular endotelial, ducând la o creștere în volum a celulelor lui Kupffer și diminuarea înmulțirii acestora. Acțiunea lor merge paralel cu potențialul de oxidoreducție. Ea explică efectele favorabile constatate de diferiți autori, prin administrarea de vitamină C sau de acid aminonicotinic, în inflamațiile hepatice acute și în criore.

Endocardita actinomicotică de *Giovani Dell'Acqua* (Klin. Woch. 5/1943).

Se descriu 3 cazuri de endocardită lentă actinomicotică. Toate trei cazurile au prezentat în prealabil leziuni cardiace: două din ele insuficiența mitrală de natură reumatică, iar al treilea un defect congenital al septului. Pe aceste leziuni s'a grefat infecția actinomicotică. Unul dintre cazuri s'a terminat prin vindecare.

Nefrita de războiu de *Walter Pilgerstorfer*, (Wien. Klin. Woch. 19—20/1943).

După ce ne înfățișează tabloul clinic al boalei, prognosticul și tratamentul, autorul face diagnosticul diferențial cu glomerulonefrită acută postanginoasă. Deosebirea ar consta mai cu seamă în predominarea edemelor și revărsărilor seroase, evoluția benignă și modificările variabile ale tensiunii și albuminuriei, — cari se întâlnesc în nefrita de războiu. Această boală n'ar fi decât o „inflamație seroasă” în sensul dat de Eppinger. Regimul sec al lui Volherd se poate aplica aici cu un deosebit succes.

★

INFECȚIOASE

Etiologia hepatitei epidemice de *Werner Siede* și *Karl Luz* (Klin. Woch. 4/1943).

Autorii au izbutit să izoleze din sucii duodenali al bolnavilor de hepatită epidemică, un virus filtrant, pe care l-au cultivat pe chorio-allantoidă. Punerea în evidență a acestui virus în majoritatea cazurilor de hepatită epidemică, îndreptățește presupunerea că el ar fi agentul patogen al acestei boli.

Electrocardiograma în convalescența tifosului exantematic de *H. Roblers* (Klin. Woch. Nr. 12/1943).

Autorul face deosebirea între *miocardita parenchimatosa* consecutivă difteriei, cu leziuni ireversibile și modificări electrocardiografice durabile, și între *miocardita interstițială*, datorită scarlatinei sau febrei tifoide, cu evoluție benignă și modificări electrocardiografice trecătoare. În categoria din urmă intră și miocardita din tifosul exantematic. Într'adevăr, modificările electrocardiografice, foarte frecvente în perioada febrilă a tifosului exantematic (80%), sunt mult mai rare în convalescență, semn că în majoritatea cazurilor, leziunile miocardice s'au vindecat. Chiar și leziunile cari persistă în convalescență, sunt de mică importanță, ele manifestându-se mai mult prin simptome subiective (dureri precordiale, palpitații, rareori extrasistole) și se pot depista numai prin electrocardiogramă. Modificările electrocardiografice întâlnite în aceste cazuri, sunt mai ales tahicardiile și bradicardiile sinusale, mai rar extrasistole, turburări de conductibilitate și modificări ale unde T.

Acțiunea transfuziei cu sânge de convalescent în tifosul exantematic de *H. von Lobenstein* (Münch. Med. Woch. Nr. 7/1943).

S'au obținut rezultate favorabile, aplicându-se transfuzia cu sânge de convalescent la doi bolnavi de tifos exantematic, dintre cari unul în stare foarte gravă. S'a administrat între 30—100 cc. sânge de convalescent, în mai multe rânduri. Efectele asupra fenomenelor toxice și nervoase s'au putut observa după un timp foarte scurt (câteva ore). Ambele cazuri s'au terminat prin vindecare.

Autorul recomandă în consecință utilizarea sângelui de convalescent în terapia tifosului exantematic, precum și a celorlalte boli infecțioase în care administrarea serului de convalescent n'are niciun efect, explicând faptul prin ipoteza că în aceste boli, anticorpii ar lipsi din ser, fiind legați numai de sângele integral. În această ordine de idei, autorul amintește un caz grav de scarlatină, pe care l-ar fi influențat favorabil prin transfuzia cu sânge de convalescent.

Pseudo-reacția cu Weil-Felix în infecțiunile cu *Proteus* de *Prof. C. Sonnenschein* (Deutsche Med. Woch. 1/1943). Reacția Weil-Felix pozitivă poate fi dată și de diferite infecțiuni cu proteus ca: pielite, cistite, colicistite, pleurite, bronșite etc.

Titulul poate varia între 1/200—1/1600. O deosebire sigură între această reacțiune și cea obținută în tifosul exantematic, nu se poate face, — așa încât, în stabilirea unui diagnostic precis trebuie să ne gândim și la posibilitatea acestei pseudoreacțiuni.

L. Comes

★

CHIRURGIE

Transplantarea intestinului subțire în defecte mari ale intestinului gros, de *Dr. H. Richter*. (Transplantation des Dünndarms in grosse Defecte des Dickdarmes). Wiener medizinische Wochenschrift, Nr. 44/45, pag. 604, 1943.

Autorul descrie 3 cazuri de transplantări a unor porțiuni din intestinul subțire, în defecte mari ale intestinului gros, provenite în urma unor rezecții întinse practicate pentru înlăturarea unei tumori maligne, a unei stricturi și în urma unei lezări traumatiche. Observația clinică, precum și examenul radiologic făcut după operație, îl fac să conchidă următoarele:

1. Porțiunea transplantată a intestinului subțire, preia toate funcțiunile intestinului gros, acomodându-se perfect noii situații.
2. Mișcările porțiunii implantate se coordonează în scurt timp.
3. Scaunul devine normal după 14—21 de zile.
4. Prin această metodă, pot fi cruțate mari porțiuni din colon, care se sacrifică prin alte procedee de ex. hemicolecotomie.

Dr. V. P.

★

DERMATO-VENEROLOGIE

Herpes zoster, de *Dr. J. Schier* (Hippokrates, An. 13, Nr. 28, pag. 547, 1942).

Autorul constatând că această afecțiune este din ce în ce mai frecventă, trece în revistă medicațiunea utilizată cu bune efecte (pudre, băi, vitamină B etc.) pentru a recomanda apoi mijloacele hemeopatie:

Arsenicum album D4 sau Chininum arsenicosum D4

Croton tiglium D4 în cazurile cu prurit intens

Daphne Mezereum D3 în arsuri și dureri mari

Ranunculus bulbosus sau sceleratus D3 în cazurile agravate prin timpul umed și rece

Sulfur D5 sau Sulfur jodat D4 în cazurile a căror evoluție se prelungește.

Patogeneza leziunilor produse de salvarsan la nivelul pielii, de *Prof. Dr. F. Samberger*. Die Pathogenese der Salvarsanschädigungen der Haut (Derm. Wschr., vol. 115, Nr. 29, p. 616, 1942).

Salvarsanul în doze mici stimulează anumite funcțiuni ale organismului. În doze mari, din contră, are o acțiune dăunătoare contra organelor interne. Printre acestea amintim capilarele pielii asupra cărora salvarsanul își poate manifesta acțiunea vătămătoare. La omul normal și sănătos dozele de salvarsan nu produc astfel de manifestațiuni. Unele persoane prezintă după administrarea de salvarsan inflamațiuni la nivelul pielii, urticarii, hemoragii. Aci este vorba despre o potențare a funcțiunii capilarelor pielii. Alteori cantitățile de salvarsan nu pot fi eliminate în deajuns. Tabloul eritrodermiei vasoplegice poate fi produs și de o funcțiune anormală a tiroidei. Indivizi care prezintă această turburare vor trebui să ia în timpul tratamentului cu salvarsan 2—3 tablete a. 0.1 gr dintr'un preparat tiroidian oarecare. Local se vor aplica paste cu ichtiol sau băi cu ichtiol, care reprezintă o profilaxie eficace contra eritrodermiei vasoplegice, prin acțiunea atonizantă favorabilă pe care o produc.

Despre problema dozării sulfatiazolului în gonoree la femei, de Dr. G. Schmidt. Zur Dosierungsfrage des Sulfathiazols bei weiblicher Gonorrhoe. (Derm. Wschr., vol. 114, Nr. 25, pag. 497, 1942).

În urma multiplelor aplicări a sulfamidelor în gonoree la femei s'a ajuns astăzi la stabilirea anumitor norme în administrarea acestora. Atacul de două zile este considerat ca insuficient în aceste cazuri la o femeie. O reluare a acestui atac de 2 zile în caz de recidivă, duce la același rezultat nesatisfăcător. Pentru a înlătura recidivele tardive, controlul trebuie să extindă la un timp mai mare de 6—8 săptămâni. Atacul de 4 zile pare a fi dat rezultate mai bune. Se vor da timp de 2 zile de 4 ori un gram Sulfatiazol, iar celelalte 2 zile de 3 ori câte 1 gram. După 5—6 zile s'a administrat încă un atac de siguranță. Înainte de aplicarea sulfamidelor s'au făcut în 3 zile consecutive injecții cu Paragen, ceea ce a potențat forțele de apărare ale organismului. Nu s'au observat fenomene secundare neplăcute pe lângă acest tratament.

*

Dr. Emil I. Bologa

PATOLOGIE GENERALĂ

Cercetări experimentale asupra acțiunii crataegus oxyacantha-ei asupra irigației și dinamicii inimii, de Schiemert jr. Gustav. (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung von Crataegus oxyacantha auf die Durchblutung und die Dynamik des Herzens. Zeitschrift für die gesamte Exp. Medizin. B. 113 Heft 1. S. 113, 1943).

Extracțe din Crataegus oxyacantha și monogina produc în mod regulat, printr-o vazodilatație, o creștere a irigației coronariene. În doze mari acționează nefavorabil asupra dinamicii inimii, printr-o scădere a presiunii sanghine și o creștere a frecvenței presiunii venoase. Doze mici acționează dinamic favorabil, producând scăderea frecvenței și o ușoară creștere a presiunii sanghine, care aduce după sine o scădere a presiunii atriilor, ridicată în mod patologic. Presiunea sanghină, în general, după doze mici și mari este scăzută. În afară de acțiunea asupra vaselor, acționează și asupra dinamicii inimii asemănător cu digitala.

Indicațiile ei clinice sunt în hipertonie și insuficiențele ușoare și compensate și insuficiențele coronariene ale inimii.

Împiedecarea producerii alterațiilor hepatice prin fosfor și alcool cu ajutorul hormonului cortical, experimentat la animale de Varga Alexander. (Die Verhinderung des durch Phosphor und Alkohol verursachten Leberschaden mittels Nebenierencindenhormon im Tierversuch. Zeitschrift für die gesamte Exp. Medizin. B. 113, Heft 1 S. 43, 1943).

Pe bază de rezultate istopatologice a dovedit experimental la epuri că tabloul alterațiilor hepatice, în urma intoxicației cu fosfor și alcool, la administrare simultană de hormon cortical, nu apare.

Aceasta îl îndreptățește pe autor să considere ca indicat hormonul cortical suprarenal, în toate cazurile de alterațiuni ale parenchimului hepatic.

S. C.

Despre modul de acțiune și dozarea sulfamidelor de W. Schaefer, medic primar i. rez. Med. Klin. 1943 Nr. 6.

Cercetări experimentale au arătat cu precizie că efectul Sulfathiazolului (Eleudron) nu este legat de eritrocite sau de leucocite. Serul, care nu conține această componentă, este în stare la o anumită concentrație de sulfamidă să distrugă microbii. Aceasta nu atinge teza lui Domagk, după care leucocitele, cari trebuiesc totdeauna considerate ca poliția organismului, fagocitează microbii slăbiți. Totuși chiar serul singur este în stare să distrugă microbii.

Postulatul cunoscut de a administra doze mari scurt timp, este confirmat de experiențe, deoarece nu este posibil să domini microbii, dacă nu concentrezi în sânge, considerat ca fiind purtător al efectului sulfamidelor, o cantitate destul de mare de sulfamide. Dozele repartizate pe un timp îndelungat trebuie să rămână de aceea ineficace și vor fi respinse ca inutile. Aproape toată cantitatea de sulfamide este eliminată în 3 zile, majoritatea prin urini, numai o cantitate minimă se găsește în scaune. De aceea o a doua cură cu sulfamide după 6—7 zile este absolut fără inconvenient.

Cercetările făcute la bolnavii cu insuficiență de ficat și rinichi precum și la gravide, au arătat că o leziune hepatică sau renală prin sulfamide nu poate fi totdeauna exclusă.

S. C.

Note și informațiuni

Prin decizia Ministerială Nr. 50.199/944, se acordă pe întreg exercițiul 1944/45, tuturor medicilor din serviciul M. S. O. S. cu reședința permanentă în comunele rurale, o primă generală de reședință de 2000 lei lunar.

Se acordă pe același exercițiu tuturor surorilor de ocrotire de orice grad cu reședința permanentă în comunele rurale o primă generală de reședință de 1500 lei lunar.

Se acordă de asemenea prime speciale de reședință de câte 10.000 și 15.000 lei lunar, medicilor care activează în mod meritoriu în regiuni cu nivelul economic scăzut, sau în împrejurări dificile de serviciu.

Asemenea se acordă prime speciale de 5000 lei surorilor de ocrotire în aceleași condițiuni ca mai sus.

Se acordă dela 1 Aprilie 1944, câte o indemnitate fixă de deplasare următorilor:

Medicilor igienisti de plasă și medicilor de circumscripții sanitare rurale, câte 10.000 lei lunar.

Revizoarelor de ocrotire câte 5000 lei lunar.

Personalul evacuat dela Sanatoriul de tuberculoză Cernăuți se repartizează la Sanatoriul de tuberculoză din Câmpeni, județul Cluj-Turda.

Se publică vacante următoarele posturi de medici:

Medic al Cîrc. Ineu, jud. Arad. (Monit. Of. Nr. 124, 30 Mai 1944).

Medic al Cîrc. Mogoș, jud. Alba (Monitorul Of. Nr. 130, 7 Iunie 1944).

Vând urgent instalație modernă de Roentgen marca Helfodor-Duplex, cu toate accesoriile, costul 6.000.000—lei. Informațiunile a se cere D-lui Dr. Ungureanu Valeriu, Brașov, Strada Cuza Vodă Nr. 20, Telefon 1422.

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 1500. Pentru autorități 2500 Lei.

Costul unui număr este 200 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 3 pagini de revistă. Costul tiparului peste 3 pagini va fi suportat de autor, 2000 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

**AFECTIUNILE
SEZONARE
ALE CĂILOR
RESPIRATORII
SUPERIOARE**

CORIZA

**FEBRA DE FÂN
TRACHEO-BRONȘITE**

cedează rapid datorită

**SINERGIEI MEDICAMENTOASE
ANTIDISPNEICE ȘI DECONGESTIVE**

realizată prin

CORYPHÉDRINE

RHODINE + SANÉDRINE

Acid acetilsalicilic

clorhidrat de efedrina levogiră

**SUB FORMĂ DE
COMPRIMATE
CONȚINÂND**

RHODINE: 0,50 gr.

SANÉDRINE: 0,015 gr.

Tub cu 20 comprimate

**SOCIÉTÉ PARISIENNE
D'EXPANSION CHIMIQUE**

== SPECIA ==

**MARQUES POULENC FRÈRES
ET USINES DU RHÔNE**

21, Rue Jean Goujon — PARIS

*1 la 4 comprimate în 24 ore
în mai multe doze*

PROPAGANDĂ MEDICALĂ: „SPECIA” STR. ANASTASIE SIMU 6 — BUCUREȘTI (III)

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. A. Botez, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato,
Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr.
L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu
Prof. Dr. J. Guiart, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu,
Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr.
D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof.
Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Conf. Dr. Tr. Popovici,
Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția,
Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof.
Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

Normacol

Laxativul fiziologic

*Superioritatea capacității de a
se umfla a Normacol-ului*

față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

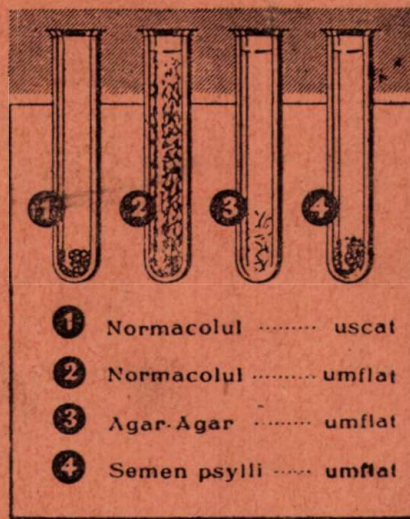
arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se
umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos.

Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele
normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța
Normacol-ului.

Schering



Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A.G. BERLIN N 65

C O D E R E, S. A., București

Str. Clemenceau No. 6 Tel.: 3.58.05



Impotriva turburărilor menopauzei

Klimakton «Knoll»

Influențând simultan sistemul glandular și cel nervos, modificările fiziologice ale organismului devin suportabile.

Tuburi cu 20 dragee
Flacoane cu 50 dragee

De 3 ori pe zi câte 1-2 dragee,
se vor înghiți nemestecate.



KNOLL A.-G.
LUDWIGSHAFEN/RIN.

Eșantioane și literatură prin:
»KNOLL« S.A.R.
Produse chimico-farmaceutice
Str. Atena 29, București, III.



ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Medicină de războiu

Fizioterapia în războiu

de

Prof. Dr. Marius Sturza

— Continuare din Nr. 7 —

PARTEA II

Trecând la partea a doua a lucrării noastre, în care vom să ne ocupăm de *leziunile din războiu ale membrelor*, pășim pe un teren mai vast. Aceste leziuni formează majoritatea absolută a celor pe care le întâlnim în spitale, din două motive: 1. pentru că leziunile cavitațiilor foarte adeseori sunt mortale; 2. pentru că acelea care ajung să fie tratate, sunt rezolvate în majoritatea cazurilor de chirurgia operatorie și numai o mică parte ajunge la un tratament fizioterapeutic. Înainte de a trece în revistă diferitele metode fizioterapeutice cu privire la aplicarea lor în leziunile de războiu, ne permitem câteva observații de ordin general:

Rănirile de războiu sunt provocate de proiectile, de schije de branduri, de explozii, care rănesc indirect prin presiunea mare a aerului sau prin materialul explozibil sfărâmat în jurul lor. La aceste se adaugă combustivitatea produse prin aruncătoarele de flăcări și congelările provocate de gerul iernei. Toate acestea pot să lezeze toate organele extremităților: *pielea, țesutul interstțial, vasele sanghine, musculatura, tendoanele, fasciile, nervii, oasele și articulațiile dimpreună cu capsulele, ligamentele și bursele mucoase*. Gravitatea leziunii depinde de organul atins și de destrucțiunea produsă. Nu este mai departe irelevant pentru tratament dacă rana este infectată sau nu, ori dacă ea reclamă o inactivare mai îndelungată a membrelor. Repausul și inactivitatea completă a unui membru este adeseori mai dăunătoare decât însăși leziunea. Vom ține cont de aceasta în special în expunerile următoare: Vindecarea unei răni se termină printr-o *cicatrice*, care conține cu mult mai puține elemente elastice și vase sanghine decât țesutul normal, și care are proprietatea de a se contracta și a reduce adeseori motilitatea țesuturilor împrejmuitoare. Dacă destrucțiunea este mare, mai profundă și este urmată eventual și de o infecțiune, se produc cicatrice foarte masive și aderențe cari dau naștere la *contracturi intense* și pot să *imobilizeze* în măsură covârșitoare o extremitate.

Va trebui deci să dăm atențiunea cuvenită, dela început, acestor cicatrizări, *mobilizând* cât mai curând extremitatea lezată sau imobilizându-o astfel ca mobilizarea ulterioară să se poată face în condițiuni mai avantajoase. La leziuni extinse în domeniul

extensorilor vom căuta să fixăm membrul mai mult în poziție de flexiune. La destrucțiuni ale flexorilor fixarea va trebui făcută mai mult în extensiune. Și mai complicată se prezintă situația când sunt lezate oasele și nervii extremităților și în deosebi când leziunile ating pe lângă acestea și articulațiunile. Gravitatea leziunii oaselor depinde de distrugerea și dislocația produsă și de formațiunea și dimensiunea ulterioară a calusului, care poate să comprime musculatură, tendoane, vase sanghine și nervi și să provoace astfel atrofii și disfuncțiuni grave; în deosebi compresiunea și concrețiunea nervilor poate să devie foarte neplăcută și chiar fatală. Lezarea nervilor motori și sensitivi prin rănire directă, prin cicatrizări, compresiuni, duce la pareze, paralizii, nevralgii, nevrite și reclamă adeseori o intervenție chirurgicală. *Reacția de degenerescență*, pe care trebuie să o controlăm în asemenea cazuri, ne va indica drumul pe care trebuie să-l urmăm. Colaborarea chirurgului, a neurologului și fizioterapeutului, este necesară în asemenea cazuri. Asemenea și în leziunile articulare, chirurgul și ortopedul vor aprecia la ce putem conta printr-o intervenție chirurgicală; în sarcina fizioterapeutului cade tratamentul ulterior conservativ și reeducarea organelor lezate. Pentru a atinge maximul de refacere, va intra în acțiune întregul aparat fizioterapeutic, după aprecierea și chibzuiala specialistului.

O mare parte a turburărilor funcționale ale extremităților stau numai în legătură indirectă cu leziunile achiziționate în războiu. Ele sunt cauzate de *fixarea prin dureri* și prin *pansamente* ale membrelor. Urmarea imediată este o circulație redusă, o nutrițiune mai slabă, o atrofie a musculaturii și țesuturilor, în deosebi în partea extensorilor, apoi o scurtare a ligamentelor, a capsulelor, a articulațiunilor, o dispariție a lichidului intra-articular, o asperitate a suprafeței cartilaginose în articulație — toate acestea fără ca articulațiunile să fie direct lezate. Tratamentul acestor urmări, care de cele mai multeori n'ar trebui să existe, este anevoios și adeseori de o durată mai lungă decât cel al leziunii.

Tratamentul și înlăturarea contracturilor formează unul din domeniile principale ale fizioterapiei răniților din războiu. Pentru o reprivire mai ușoară notăm pe scurt cauzele mai frecvente care pot să determine aceste contracturi. Ele sunt:

1. *Dermatogene* prin cicatrice extinse ale tegumentului, provocate de destrucțiuni, de inflamații și retractări.
2. *Miogene* prin cicatrice și retractări ale musculaturei, ale fasciilor și prin inactivitatea anumitor grupuri ale musculaturei.

3. *Tendonogene* după leziuni directe ale tendoanelor, tendinite, tendovaginite și aderențe ale acestora.

4. *Neurogene*, în caz de paralizii, prin acțiunea antagoniștilor.

5. *Artrogene* prin aderențe, prin inflamații, hematome în articulații, prin fracturi, prin atrofii de inactivitate ale articulațiilor.

În rândul al doilea fizioterapia combate cu mult succes *parezele* și *paralizile* nervilor motori, *algile* nervilor sensitivi și *turbările circulatorii*. Ameliorarea circulației locale și generale este primul pas spre vindecare cu metode fizioterapice; fără aceasta nu vom putea progresa; ea este baza pentru remontarea generală și pentru vindecarea locală.

Având în vedere înainte de toate condițiile generale și ameliorarea circulației, ne vom îngriji ca răniților să li se aplice în fiecare dimineață o *fricțiune completă*. Dacă leziunea atinge numai o parte redusă a unui membru superior, vom insista ca bolnavii să poată lua la 2 zile o *baie*, în care să fie *fricționați cu peria* sau *cu mâna*, pentru a stimula circulația periferică. Camerele bolnavilor să fie *bine ventilate*, de mai multe ori pe zi. Bolnavii să nu fie continuu acoperiți până la gât, ci să fie expuși *la aer* și, dacă se poate, *la soare*, de mai multe ori la zi. Vom întrebuința chiar și *băile de aer* în cameră cu bolnavii cari se pot mișca. În caz de anemii mai pronunțate și de debilitate vom aplica la 2—3 zile *raze ultraviolete* generale. În privința aceasta este mai recomandabilă *lampa de Quarz sistem Jesionek*, care permite tratamentul simultan pentru mai mulți bolnavi. Fericiți cei cari pe lângă acestea, ajungând direct în stațiuni balneare, cu *băi termale, sărate, carbogazoase* sau *sulfuroase*, vor putea să facă uz, pe lângă tratamentul pur fizioterapic, și de această balneatie fortifiantă.

Ținem de superfluu să relevăm cât de necesară este, pe lângă toate acestea, o *alimentație igienică*, cu conținut proporționat în hidrați de carbon, albumină, grăsimi și săruri și înainte de toate în *vitamine*, dintre cari evidențiem ca mai importante pentru răniți vitaminele C, D, A și B.

Kinetoterapia

Dacă după toate acestea trecem la detalii cu privire la diferitele aplicații terapeutice ale leziunilor membrilor, trebuie să punem pe primul plan *kinetoterapia*. De aceasta trebuie să facem uz din momentul ce răniții ajung în tratamentul nostru și trebuie să considerăm direct de o greșală profesională dacă nu se dă atențiunea cuvenită acestor metode primordiale în tratamentul oricărui rănit. Durere, observăm adeseori urmări grave din cauza neglijării acestor metode.

Metodele kinetoterapeutice pe care le întrebuințăm sunt variate: La orice membru imobilizat prin gips, șine etc., vom face zilnic mișcări pasive și vom insista pentru mișcări active în terenul negipsat, fie acesta cât de redus. În războiul mondial trecut am făcut uz de o *kinetoterapie electrică pe care o provocam prin curentul faradic* sau *galvanic întrerupt*, chiar pe terenul gipsat în colaborare cu chirurgul și ortopedul, tăind *ferestre* în pansamentul de gips la nivelul nervilor motori situați aproape de suprafață. Prin aceste curente provocam contracțiunile în musculatura imobilizată 1—2 ori pe zi timp de câteva minute. Rezultatele erau foarte satisfăcătoare. Pe când se înlătura gipsul, musculatura nu prezenta atrofia, relaxarea sau rigiditatea obișnuită, ci era mai flexibilă și tonizată; progresele ulterioare urmau mai repede. Îndată

după îndepărtarea gipsului vom continua cu mișcări pasive și active punând în funcțiune întreaga musculatură debilitată și vom întrebuința, pe lângă aceasta, chiar la plăgi încă deschise, cât mai curând *băile kinetoterapeutice de mâini și picioare* la temperatura de 36°—38° C 15 minute sau în formă de băi ascendente dela 35°—42° C 20—25 minute, cu mișcări pasive și active, în apă simplă sau în decocturi de *flori de fân, mușețel, coajă de stejar, praf de tanin*, etc. Având a face cu răni *torpide* sau *purulente*, vom urma aceste băi cu *săpun de potasiu, permanganat de potasiu, sublimat* (1 : 10.000). Să nu ne fie teamă de infecțiunea ranelor; n'am observat nici când o infecțiune după asemenea băi, din contră plaga se curăță și se cicatrizează cu mult mai repede. Mișcările pe care le facem trebuie să tindă în primul rând la destinderea și înmolezirea contracturilor. Credem că nu trebuie să relevăm de ce mișcările în apă caldă sunt mai ușoare și mai puțin dureroase.

O parte din „*problemele sechelelor în chirurgia de război*”, puse la punct de d-l Doc. Dr. I. Țovaru, în „*România Medicală*”, Nr. 18, pag. 114, 1942, pot fi atenuate sau chiar evitate prin aceste simple proceduri balneo- și kinetoterapeutice și astfel vom întâlni la foștii răniți cu mult mai rar „*mâna mamoș, figea, mâna care binecuvântează, mâna în accent circumflex, în pumn*” etc.

La leziuni mai extinse, îndeosebi ale membrilor inferioare, la contracturi, la redori musculare și tendinoase, la anchiloze în articulațiuni și mai ales la persoane cari din cauza rănilor au trebuit să zace timp mai îndelungat, vom întrebuința *băile kinetoterapeutice complete de 36°—37° C* 10—20 minute, făcând mișcări pasive și active în toate articulațiile, insistând natural mai mult asupra articulațiilor și a musculaturii lezate. Convalescența decurge astfel în ritm cu mult mai repede.

În sfârșit, în spitale și îndeosebi în stațiuni *balneare termale* unde există *bazine și piscine de înot*, este recomandabil ca, kinetoterapia să se facă cu răniții grupați după leziuni, urmând *deprinderi* sub apă la comandă și *exerciții de înot*. Această grupare după leziuni are avantajul de a putea fi tratată și supravegheată mai mulți răniți deodată, cari involuntar se întrec și se concurează și astfel progresele se fac mai repede. Îmi reamintesc de un asemenea tratament în masă pe care l-am văzut în războiul trecut în stațiunea cu ape termale, sulfuroase, din Baden lângă Viena, unde rezultatele atinse, în timp relativ scurt, au fost excelente.

De kinetoterapie ține și *gimnastica liberă*, în grupuri. Aceasta ar trebui propriu zis introdusă și executată în toate spitalele de răniți, parte pentru a remedia contracturile, anchilozele, cicatricele, aderențele, parezele, paralizile, parte ca mijloc de fortifiere generală. Nu putem să dăm la acest loc directive mai precise

asupra acestui sistem kinetoterapeutic, ci schițăm numai pe scurt, cum l-am organizat în războiul trecut într-o stațiune de convalescenți pe care o conduceam.

Răniții convalsenți erau împărțiți în patru grupuri: 1. cei cu leziuni ale membrelor superioare, 2. cei cu leziuni la trunchi și coloana vertebrală, 3. la membrele inferioare, și 4. cei mobili, însă debilitați, cari urmau o gimnastică de fortifiere generală. Mișcările sunt libere, sau cel mult cu ajutorul unor bețișoare ușoare de 100—120 cm. lungime, ori cu greutatea de $\frac{1}{2}$ —1 kg. Gimnastica pornește dintr-o poziție inițială militară sau cu picioarele crăcite la răniții cari pot să umble, iar la cei cari nu pot să stea în poziția inițială menționată, vom face uz de cea culcată sau de cea șezândă.

Cei din grupul întâi fac după comandă mișcări active mai întâi în toate articulațiunile degetelor, apoi în cele ale mâinilor, în cele cubitale și în cele ale umerilor. Notăm că nu este permis să fie trecută cu vederea nici una din mișcările posibile în aceste articulațiuni. După executarea acestor mișcări, în ritm încet, trebuie repetate aceleași mișcări, impunându-se pacienților o rezistență activă pentru fiecare mișcare. Terminându-se gimnastica membrelor superioare lezate, urmează o gimnastică ușoară generală.

Cei din grupul 2 încep deprinderile sau din aceeași poziție inițială — la caz că nu sunt răniți și la membrele inferioare — sau din poziție șezândă. Se fac toate mișcările posibile în articulațiunile coloanei vertebrale, în cele atlanto-occipitale și atlanto-epistrofice, precum și în cele coxo-femorale, cu și fără rezistență activă.

Grupul 3, care cuprinde răniții la membrele inferioare, variază, cu privire la poziția inițială, după gravitatea leziunii. Ei pornesc rar din poziție stândă, mai des din cea șezândă, sau culcată, pentru ca încetul să ajungă stând în picioare și să tindă a se putea mișca normal. Ei vor face toate mișcările active posibile în articulațiunile membrelor inferioare.

Pentru toate leziunile vindecate ale cavității toracice și abdominale trebuie aplicată gimnastica de respirație, dându-se atențiunea cuvenită excursiunilor cât mai ample ale musculaturei diafragmului prin care sunt influențate toate organele toracale și abdominale. Nu numai circulațiunea din aceste organe, cari cuprind cantitatea covârșitoare a sângelui din organismul întreg, devine mai vie și mai amplă prin gimnastica de respirație, ci locomoțiunea organelor produce o întindere și o destindere a diferitelor aderențe cari eventual s'au produs din cauza leziunilor în aceste cavități.

Tehnica gimnastice de respirație este variată conform indicațiilor și a experienței medicilor cari o recomandă. Cea mai simplă și care ni s'a dovedit destul de probată este următoarea: 1. înainte de inspirație apăsăm abdomenul în afară, coborând astfel diafragmul; 2. menținând această poziție inspirăm prin nas adânc, căutând să coborim diafragmul și mai tare în jos; 3. retrăgăm repede musculatura abdominală, prin ceea ce ridicăm diafragmul în sus și comprimăm pulmonul; 4. expirăm încet, ridicându-se astfel diafragmul și mai tare în sus. Inspirația și expirația putem să o combinăm cu diferite mișcări ale membrelor superioare, astfel că în cursul inspirației depărtăm brațele de coșul pieptului, executând mișcări de abducțiune, iar în cursul expirației le apropiem, făcând uz de aducțiune, și comprimând toracele.

Cu grupul 4 urmărim o gimnastică generală, cum se face în mod obișnuit cu soldații dimineața. Trebuie să considerăm însă că avem a face cu oameni încă bolnavi sau convalsenți și de aceea nu putem pretinde ca exercițiile să fie executate cu promptitudinea obișnuită. Exercițiile de încălzire vor fi evitate la început cu totul și numai cu încetul convalsenții cei mai rezistenți vor fi supuși gimnastice obișnuite. Prin gimnastica generală acționăm asupra circulațiunii sanghine și limfatice, aprovizionăm mai bine cu sânge musculatura, contribuim la creșterea volumului ei, la fortifierea și tonizarea ei, urcăm procesele oxidative, metabolismul

gazos și azotat și aducem mai repede funcțiunile organelor la normal. Este de mare importanță însă în ce condițiuni se execută aceste exerciții. El vor fi făcute pe stomacul gol sau foarte puțin încărcat, îmbrăcămintea va fi cât se poate de legeră; orice haină care apasă sau strânge va fi îndepărtată; camerele de gimnastică vor fi bine ventilate; mai preferabilă este gimnastica în aer liber și fără îmbrăcămintă; să se ia deci în același timp și o bae de aer în care atât respirația și oxidațiunile, cât și perspirația și transpirația să decurgă în condițiuni optime. Cu aceasta ajungem mai repede la adevărata fortifiere. Oboseala să fie evitată la orice gimnastică cu convalsenți, ritmul să fie mai încet decât cel cu soldații sănătoși, durata mai scurtă, pauzele mai mari. Respirația și pulsul să fie controlat de către medicul sau persoana sanitară prezentă.

Mecanoterapia

Trecând prin întreaga filieră a kinetoterapiei pasive și active până la gimnastica generală, o parte a răniților vor putea fi tratați și vindecați numai prin această metodă. Timpul tratamentului se reduce și vindecarea se accelerează însă mult, dacă putem face uz, în același timp, și de alte metode fizioterapice, în special de mecanoterapie și masaj. Mecanoterapia nu este propriu zis altceva decât kinetoterapia la aparate și prezintă, față de terapia kinetică descrisă până acum, avantaje și dezavantaje. Avantajele constau într-o dosabilitate care se poate înregistra astfel ca pacientul să se poată controla și să poată fi controlat mai ușor de pe o zi pe alta, apoi prin posibilitatea de a putea preda o parte din munca medicală aparatelor, a putea trata cu spor mai multe persoane deodată. Dezavantajul principal constă în lipsa de dirijare proprie a mișcărilor din partea medicului sau a personalului tehnic care observă prin controlul mâinilor orice schimbare înspre bine sau înspre rău și poate acționa imediat în interesul bolnavului. Combinarea ambelor metode dă la tot cazul rezultatele cele mai eficace. La aparatele mecanoterapeutice se pot executa mișcări pasive și active, cu și fără rezistență, în toate articulațiunile corpului inclusiv excursiunile respiratorii. Nu putem descrie aceste aparate aici, cu marea variabilitate a mișcărilor cari le oferă pentru toate articulațiunile; trebuie să relevăm însă că ele formează un mare adjuvant în tratamentul tuturor contracturilor, rigidităților, anchilozelor, parezelor și paralizțiilor. În același timp tratamentul mecanoterapeutic este un stimulent considerabil pentru răniți, cari adeseori se întrec întru atingerea rezultatelor mai grabnice, înregistrate în același timp la aparate. Aparatele de mecanoterapie au fost inventate, indicate și fabricate, mai întâi, de medicul suedez Zander, care le-a combinat într'un mod genial, astfel încât la diversele lui aparate sunt posibile toate mișcările pasive și active în toate articulațiunile corpului, cu o dozare foarte fină a rezistențelor atât pentru mișcările pasive cât și cele active. Aparatele acestea, și până azi cele mai perfecte, au fost apoi imitate de mai mulți mecanici iscusiți atât în Germania, cât și în Franța, Anglia, Norvegia și mai ales în America, astfel

încât se pot procura azi cu prețuri destul de convenabile. O parte din ele pot fi însă improvizate după indicațiile medicilor ortopezi și fizioterapeuți. O instalație de mecanoterapie nu ar trebui să lipsească din nici un spital mai mare de răniți și la nici un caz din Institutele de fizioterapie în care sunt tratați răniții.

Masajul

Cu toate că nu putem să dăm masajul o importanță atât de mare, ca și diferitelor metode kinetoterapeutice, în tratamentul răniților nu ne vom putea lipsi de această ramură a fizioterapiei în *rigidități, în contracturi, calozități, atrofi, pareze, paralizii, turburări circulatorii, inflamații cronice*. Rar vom face însă uz de masaj fără aplicarea concomitentă a kinetoterapiei.

Masajul acționează asupra transportului reziduelor de stază din spațiul interstițial, din căile limfatice și din vene; prin aceasta accelerează circulațiunea atât în organul tratat cât și în împrejurimile lui; prin el se ameliorează condițiunile nutritive ale organului care se întărește și crește în volum. Aceasta se referă în deosebi la musculatură, care este tonizată în primul rând, dar și nervii organului — atât cei vegetativi, cât și cei somatici — sunt stimulați în funcțiunea lor. Prin masaj mărim procesele resorbitive pentru exudațiuni și transudațiuni și contribuim la eliminarea lor mai grabnică pe calea organelor excretorii. Ansamblul acestor acțiuni se manifestă în urcarea metabolismului local și al celui general.

Nu oricare rănit a cărui rană este vindecată s'au pe cale de a se vindeca, poate fi masat. Sunt mai multe *contra-indicațiuni*: Nu pot fi masate țesuturi și articulațiuni acut inflamate; inflamațiuni tuberculoase ale articulațiunilor, ale oaselor, ale tendoanelor trebuiesc excluse de la masaj din cauza pericolului de generalizare. Orice suspiciune de flebită ori de tromboză în terenul leziunii *contra-indică* sever masajul. Exudate recente în cavitatea abdominală trebuiesc excluse de la masaj, asemenea și hemoragii proaspete.

Masajul extremităților este relativ ușor de executat și poate fi încredințat și maseurilor instruiți; masajul abdomenului și toracelui la răniți, trebuie lăsat mai bine pe mâna medicului. Este important să masăm mai întâi regiunea situată *proximal* de cea bolnavă, pentru a evacua în parte căile limfatice și venele și a produce astfel o afluență mai ușoară din regiunea bolnavă în cea evacuată. *Tehnica masajului* nu este prea complicată, reclamă oarecari cunoștințe anatomice și fiziologice și o dexteritate mai mult înăscută decât câștigată.

Manipulațiunile cele mai uzitate sunt după *terminologia franceză*, dela cari derivă perfecționarea acestei arte terapeutice, următoarele:

1. *Effleurage-ul (netezitul)* prin care acționăm asupra venelor și vaselor limfatice, stimulăm în același timp circulațiunea arterială, producem o iperemie locală și urcăm tonusul muscular. Prin iperemie și evacuarea vaselor sanghine, facilităm resorbțiunea staselor, infiltrațiunilor și exudațiunilor.

2. *Petrissage-ul (frământarea)*. Prin aceasta producem o excitație mecanică a musculaturei până la contractțiuni; în același timp întindem, desfacem și mobilizăm cicatricele, tendoanele și aderențele.

3. *Friction (fricțiune)*. Aceasta produce o urcare locală a temperaturii tegumentului la locul de aplicațiune, precum și o iperemie activă; are deci efecte revulsive; totodată o inmuiere și disolvare a exudatelor și aderențelor mai rezistente, o mobilizare a cicatricelor fixate, acționând totodată și asupra interiorului articulațiunilor prin decongestionare și resorbțiune.

4. *Tapotement (bateri)*. Produce o iperemizare activă a pielei și a țesuturilor subcutanate, contractțiuni accentuate în musculatură, chiar când aceasta nu mai reacționează asupra curentului electric.

5. *Vibration (vibrațiune)*. Aceasta produce o tonizare a musculaturei striate și netede, provocând contractțiuni directe și reflectorice și stimulează peristaltismul și secrețiunile glandelor interne. Acționează în intensitate redusă, în mod calmant, asupra nervilor periferici în caz de nevralgii și spasme.

De obicei facem uz în cursul unui tratament cu masaj de o *combinațiune multiplă a acestor manipulațiuni*, întrebuintând de preferință una sau alta, după cum cere cazul și faza în care se găsește boala. Durata unei ședințe de masaj variază între 5—15 minute. Masajul nu are voie să producă dureri, mai ales nu după terminarea aplicațiunii; cel mult mișcările după masaj pot să fie dureroase în mod trecător. Bolnavul trebuie să ajute maseurului și să nu-i facă opoziție, relaxând după putință terenul care este masat. Pentruca masajul să fie nedureros, mâna maseurului trebuie să lungească bine asupra terenului tratat; de aceea maseurul trebuie să aplice atât asupra regiunii respective, cât și pe mâna proprie, pudră, parafină lichidă, vaselină, lanolină, cremă, unsoare, unt, după posibilitățile existente; altfel se produc, pe lângă dureri, asperități ale pielei, excoriațiuni și dermatite cari pot da naștere chiar și la infecțiuni.

Fiecare regiune a corpului pretinde o combinație specială a manipulațiunilor de masaj și depinde foarte mult de dexteritatea maseurului în ce mod le combină și cum le aplică. Un maseur bun, mai ales fiind și medic, este o mare binefacere pentru un spital de răniți. În orice tratat de masaj găsim indicată tehnica și modul cum trebuie masată fiecare regiune a corpului. Asupra acestora nu putem insista aici mai detaliat. Numai câteva cuvinte asupra *masajului abdominal*, care trebuie executat cu deosebită precauțiune și după părerea noastră trebuie lăsat în grija unui medic priceput. Acesta aplică la început un *effleurage* circular în jurul ombilicului, apoi continuă același *effleurage*, împreună cu vibrațiuni superficiale și profunde, dealungul colonului, după aceasta întrebuintează *petrissage-ul* asupra intestinelor și musculaturei abdominale, în deosebi când aceasta este relaxată și atonică. Pentru a acționa direct și în mod reflectoric în profunzime, face un *tapotement* și vibrațiuni profunde în special asupra părților intestinului cari trebuiesc tonizate. La fine aplică un *effleurage* lin asupra colonului și termină cu o vibrațiune profundă asupra regiunii plexului solar și a celui sacral, pentru a le stimula. Durata masajului este de obicei 10 minute. În caz de aderențe și stenoze cicatriciale constatate la Roentgen și la palpate, acestea trebuiesc masate în mod special prin *effleurage*, vibrațiuni și fricțiune profundă, aplicate centrifugal dela locul unde se găsesc. Efectul masajului este mai pronunțat la răniții cu leziuni abdominale, dacă aplicăm anticipativ căldură asupra abdomenului în formă de termofore, cataplasme cu sămânță de in, comprese de nămol, băi de șezut ascendente, băi cu becuri electrice, diatermie sau unde scurte. La caz că aderențele se găsesc în partea inferioară a abdomenului, sau în bazin, putem face uz de masajul bimanual, introducând un deget în rect, care să servească de punct de sprijin pentru întinderea aderențelor pe care o executăm cu mâna cealaltă prin *effleurage*, fricțiune și vibrațiune. Dacă avem să aplicăm vibrațiunea pe un teren mai larg și de o durată mai lungă, putem face concomitent uz de aparatul de vibrațiune pe care-l găsim combinat cu micul dinamom la fiecare pantostat.

Rar vom întrebuinta în tratamentul răniților numai una sau alta din metodele menționate până acum; fizioterapia ne pune la dispoziție încă un mare arsenal de aparate și metode, cari aplicate la timp și cu pricepere ne vor da rezultate excelente.

Arsurile cu fosfor^{*)}

de

Dr. N. Igna

Cu prilejul ultimelor bombardamente aeriene aviația inamică a aruncat de foarte multe ori și multe bombe incendiare.

Bombele incendiare folosite până acum de aviația inamică sunt de două feluri: bombe electron și bombe încărcate cu fosfor.

Bombele electron au o încărcătură denumită *termit*, formată dintr'un amestec de oxid de fier, oxid de magneziu, peroxid de bariu și pulvere de aluminiu.

Aceste bombe sunt de greutate redusă (de 1—2 kg) și au pereții constituiți dintr'un aliaj foarte ușor, care are 60% aluminiu și 40% magneziu; odată aruncată din avion, se aprind când întâlnesc un obstacol, dezvoltând o temperatură până la 2500 grade.

Bombele incendiare încărcate cu fosfor au în general o greutate de 5 kg; sunt și bombe incendiare mai mari de circa 14 kg greutate.

În aceste bombe fosforul este în proporție de numai 2% față de masa incendiară și servește la aprinderea acestora.

Fosforul alb este varietatea alotropică labilă, față de fosforul roșu, care este stabil și nealterabil la aer.

Fosforul care se utilizează ca încărcătură este fosforul alb. În natură se prezintă sub formă amorfă care la tăieturi transversale prezintă aspect lucitor cristalin. La temperatură mijlocie are consistența cerei, iar la temperatură scăzută devine sfărâmbicios.

Se topește la căldură și se volatilizează la o temperatură ridicată. Temperatura de aprindere este la 41 grade. Are miros caracteristic de usturoi. Foarte puțin solubil în apă, este însă solubil în corpi grași și în sulfura de carbon.

În aer liber fosforul are proprietatea de auto-aprindere spontană, transformându-se în pentoxid de fosfor.

Atât fosforul ca și vaporii desvoltați, strălucesc în întuneric.

Se conservă sub apă pentru a nu se oxida. În bombele incendiare fosforul alb este utilizat fie dizolvat în sulfură de carbon, fie amestecat cu petrol și sodiu metallic, pentru a se putea aprinde imediat ce vine în contact cu umiditatea atmosferică.

Incendiile produse de fosfor răspândesc un fum albicios, foarte dens și cu miros de fosfor, iritant mai ales pentru ochi.

În timpul arderii bombelor încărcate cu fosfor, se împrăștiu particule incandescente de fosfor pe di-

stanță de mai mulți metri, formând noi focare de incendii.

Particulele de fosfor, care ajung în contact cu pielea provoacă arsuri locale la care se adaugă și fenomene de intoxicație generală, dacă fosforul pătrunde în organism.

Acțiunea fizio-patologică a fosforului.

Fosforul este toxic mai ales sub formă metaloidă. Este un toxic al protoplasmului, căci pe lângă diminuarea oxidațiilor necesare vieții, desorganizează până la necroză materia vie.

Fosforul în atingere cu pielea se aprinde și ca primă consecință se produce o arsură. În al doilea rând, prin ardere, fosforul se transformă în pentoxid de fosfor, care absoarbe lichidele din țesuturi, dând naștere la acidul meta și orto-fosforic, care într-o concentrație mai mare produce un efect caustic deosebit de puternic.

Acest mecanism dublu de acțiune calorică și chimică asupra pielii și a țesuturilor organismului, ne explică durerile vii și mai ales necrozele întinse și profunde ce prezintă leziunile de arsură provocate de fosfor.

Rezorbția fosforului pătruns în piele se realizează grație liposolubilității sale și fenomenele de intoxicație generală vor fi în raport cu cantitatea de fosfor pătrunsă în organism.

În general însă această intoxicație produsă prin rezorbție, are o importanță secundară, față de acțiunea directă asupra pielii.

Vaporii de fosfor au o acțiune iritantă asupra aparatului respirator și mai ales asupra ochilor; în general însă nu sunt vătămători.

Simptomele arsurilor cu fosfor.

Arsurile cu fosfor provoacă:

1. Leziuni locale.
2. Fenomene de intoxicație generală.

I. Leziunile locale pot fi arsuri simple sau leziuni prin lovitură produsă de schijele proiectilului incendiar.

Leziunile locale, printre care o vasodilatație bogată și caracteristică, sunt datorite acțiunii calorice puternice a fosforului și acțiunii asociate chimice caustice a compușilor acizi ai fosforului. De aceea leziunile provocate sunt de obicei foarte grave, sunt arsuri de

^{*)} Conferință ținută la cursul de „Fiziopatologia gazelor de luptă” a medicilor din județele Alba, Târnava Mare, Târnava Mică.

gradul dol, caracterizate printr-o durere foarte mare și formarea de fliclene mari și sfacele foarte întinse, negre, care însă se elimină relativ rapid.

Arsurile provocate de fosfor se recunosc după fumul și mirosul caracteristic de usturoi pe care-l exală rana. Pentru punerea diagnosticului suntem ajutați de condițiile în care s-au produs arsurile (după un atac aerian).

II. Simptomele de intoxicație generală, în general reduse, sunt datorite trecerii fosforului și a produșilor săi de la nivelul plăgii în organism.

Intoxicația degețată un miros de fosfor, are grețuri, suflături, vărsături, dureri epigastrice, colici intestinale cu diaree sangvinolentă și fetidă, tenesme rectale (forma comună).

Bolnavii intoxicați sunt înspălmântați, hipertermici și prezintă transpirații foarte abundente. În cazuri mai grave, apar și fenomene de icter grav: colorație icterică a pielii, hemoragii (forma hemoragică), oligurie cu albuminurie, fenomene nervoase și hipotermie.

III. Complicațiile sunt frecvente, datorite mai ales infecțiilor secundare. Se observă gangrena gazoasă și uneori tetanosul.

Tratamentul profilactic.

Pentru combaterea efectelor fiziologice ale bombelor incendiare trebuie să avem pregătită o mască de gaze necesară protecției contra fumului și a prafului.

La nevoie ne mulțumim cu o cârpă umedă legată peste nas și gură. Este recomandabil ca această cârpă să fie înmuiată într-o soluție de permanganat de potasiu 1‰; aceasta are rol de a favoriza oxidarea vaporilor de fosfor în acid fosforic netoxic.

Contra pătrunderii în ochii a stropilor de fosfor, ce se răspândesc din bomba arzândă, ne ferim prin ochelari bine aplicați pe față (ex. ochelarii folosiți de motocicliști).

Bombele incendiare pătrunse în clădire și încă neexplodate, pot fi apucate fără niciun pericol și aruncate pe fereastră.

În cazul când nu se mai poate face acest lucru, bombele trebuiesc acoperite cât mai repede cu nisip, pământ sau cenușe, ca să nu mai continue să ardă.

În darea primelor ajutoare, trebuie să se procedeze imediat la îndepărtarea cât mai rapidă și mai completă a fosforului de pe îmbrăcăminte și piele, ca să împiedicăm arsurile sau cel puțin să limităm întinderea lor, căci fosforul continuă să ardă între haine și piele.

În acest scop persoanele lovite de bombe de fosfor, vor fi repede desbrăcate pe cât posibil sub apă și cel mai bine în baie.

Hainele aprinse vor fi stinse cu nisip. Flăcările de fosfor de pe piele vor fi înăbușite tot cu nisip aplicat direct pe piele sau la nevoie prin aplicarea strânsă a

unei stoffe umede, pentru a împiedica oxigenarea fosforului.

După înăbușirea flăcărilor de pe haine sau piele se vor îndepărta toate particulele de fosfor de pe piele și din plagă, utilizând pense, spatule, foarfece etc., căci în prezența fosforului există mereu pericolul unei reaprinderi.

Tratamentul arsurilor.

Arsurile mici să fie bine udate cu apă și spălate, cele mai mari să fie tratate de preferință într-o baie caldă.

Arsurile de fosfor fiind cauzate și de acțiunea caustică a acizilor de fosfor formați, se va căuta și neutralizarea lor prin utilizarea de soluții alcaline, de preferință soluția de bicarbonat de sodiu 5‰. La nevoie se poate utiliza și soluția de carbonat de sodiu în concentrație de 3‰ sau chiar săpun dizolvat în apă.

Aceste soluții vor fi utilizate încălzite, sub formă de băi locale, comprese sau spălături. Sunt folosite și spălăturile cu apă oxigenată în concentrație de 1‰, care ar activa oxidarea mai rapidă a fosforului ce a mai putut rămâne în plagă.

Pentru revitalizarea țesuturilor și curățirea leziunilor se folosește cu efect și serul fiziologic.

Prin înbăierile repetate se neutralizează acidul ce s'ar forma și se evită sau calmează durerile consecutive acțiunii caustice.

Când arsurile sunt profunde și conțin particule de fosfor înbătate în țesuturi, se vor exciza plăgile, ca să oprim ca fosforul să pătrundă în profunzime și să determine prin absorbția sa în circulație, fenomene de intoxicație generală. Se vor face apoi spălături largi cu apă terebentinată sau cu o soluție de sulfat de cupru 5‰.

Sulfatul de cupru este un bun ermetic, oxidând fosforul și formând cu restul nemodificat un cupru fosforic insolubil. În același sens activează și celelalte oxidante ca permanganatul de potasiu, oleul de terebentină soluția de clorură de calciu și în sfârșit atingerile cu creionul de nitrat de argint.

Fliclenele formate vor fi lăsate pe loc, punându-se numai conținutul.

În tratamentul arsurilor se recomandă apoi pansamente zilnice cu *soluție de acid tanic 2‰*, *combinată cu bicarbonat de sodiu 1‰*. La arsuri întinse se vor aplica comprese tano-boraxate. Oleul de pește și pomada Desitin dau de asemenea rezultate bune în tratamentul arsurilor cu fosfor.

Pansamentele cu sulfamide în proporție de 1/5 lactoză, 4/5 părți sulfamidă a dat rezultate bune, mai ales în evitarea infecțiilor secundare.

Nu se vor utiliza injecțiile antitetanice și chiar antigangrenoase în plăgile întinse și murdare.

Tratamentul intoxicației generale.

Se recomandă esența de terebentină, care ar împiedica după unii autori oxidarea fosforului în organism; alții susțin că această medicație nu ar influența decât fosforescența.

Esența de terebentină se va prescrie în doză de 4 gr. zilnic în porțiune gomoasă sau capsule.

Se vor face după caz spălături stomacale și intestinale; se vor da purgative și tonice cardiace. Sunt utile și injecțiunile de ser fiziologic.

Contra leziunilor hepatice se va recurge la opoterapie. Extractul cortico-suprarenal și vitamina C sunt

indicate în plăgile mai întinse și în intoxicații generale.

Tratamentul iritațiilor oculare.

Instilații cu larocalină 1%, ser glucozat, spălături oculare cu sol. de acid boric 3%.

Tratamentul arsurilor produse prin alte mijloace de atac se face ca la orice arsură obișnuită. Se pare că tratamentul cel mai bun ar fi pulverizare cu soluție de tanin.

Regimul: La început dietă lăcră, apoi vegetariană și făinoasă. Este interzis laptele, clefurile și untul deoarece fosforul este liposolubil.

Articole științifice

Un caz de catalepsie cu narcolepsie

de

C. I. Urechia

Catalepsia e o boală rară și mai ales puțin cunoscută; ea constă într-o inhibiție generală a tonusului de atitudine în urma unei emoții plăcute sau neplăcute, în urma unei idei care a venit dintr-o dată sau în urma unei situații brusce, în urma unei oboseli sau a unei contrarletăți, când genunchii se îndoaie și bolnavul se prăbușește. Când această turburare e parțială, inhibiția poate să atingă sfincterul vezical, maxilarul, mușchii gâtului sau alte grupe musculare. Criza durează câteva minute cu conștiința păstrată. Rareori izolată, catalepsia se asociază cu narcolepsia.

E Mihai: 32 de ani, fermier. Nicio țară nervoasă în familie; nicio altă boală până în prezent; neagă alcoolismul; nu abuzează de tutun; n'a avut niciodată boli veneriene; soția sa e sănătoasă și a avut doi copii la termen. De 2 ani se simte astenic și obosește la cel mai mic efort; resimte amorțeli în membrele inferioare și în membrul superior drept.

Când lucrează mult și se obosește, câteodată chiar după 2 ore de lucru, e cuprins de un somn imperios și adoarme la lucru. Aceste crize de somn apar și când el se concentrează mult asupra unei idei, când e preocupat sau când are o emoție. Într'un minut sau două somnul se instalează, bolnavul adoarme cu instrumentele în mână și colegii săi de atelier și șeful său au crezut adesea că el e beat. Când nu e deranjat, el doarme o jumătate de oră în medie, după care se deșteaptă liniștit, bine dispus, și reia lucrul; dacă e scuturat sau deșteptat din somn de către colegi, el recade după câteva secunde. În această stare el se găsește între veghe și somn, fără să-și dea seama despre ceea ce se petrece cu el; în timpul somnului are vise urâte. Altfel, în raport cu aceste crize, sau independent de ele, el are crize de catalepsie; în afară de aceasta, el are uneori o diminuare a tonusului pleoapelor, care cad fără voie, turburări de vorbire, făcând impresia că e beat; sau în timpul mersului, el resimte o amorțire în membrele inferioare, care se paralizează în câteva secunde, genunchii i se îndoaie, bolnavul titubează și trebuie să se așeze, căci altfel cade;

i s'a întâmplat chiar să cadă de mai multeori pe stradă, în casă, sau în atelier. Cele mai adeseori aceste accese sunt întovărășite de ptoză palpebrală și de turburări de vorbire.

Toate aceste simptome dispar după 2—3 minute.

La examenul fizic al bolnavului nu se constată nimic anormal; nicio turburare psihică.

În rezumat: un om de 32 de ani, care face crize de narcolepsie și de catalepsie; crizele de narcolepsie survin fte singure, fte întovărășite de catalepsie, sau catalepsia poate surveni singură. Catalepsia se întovărășește de ptoză palpebrală și de turburări de vorbire.

Toate investigațiile făcute de noi pentru a depista etiologia au fost zadarnice. Mecanismul psihic pare a juca un rol important. Când bolnavul se odihnește și stă liniștit simptomele devin cu totul rare. Oboseala, munca, emoțiile, contrarletățile le declanșează. Bolnavul face, pentru a spune astfel, un refugiu în somn și în boală. Studiul reflexelor condiționate ca și psihanaliza ar putea da rezultate interesante privind mecanismul unora din aceste cazuri; se înțelege că sunt cazuri în care encefalita, traumatismul, sau o altă cauză pot interveni.

Ne amintim cu această ocazie de un alt caz, privind pe un student în teologie care nu era pentru cariera pe care și-o alesese. Acest tânăr era cunoscut de colegii lui de pe când era la liceu, ca un mare mincinos; el inventa și minșia fără niciun motiv și colegii lui nu puteau niciodată să pună temel pe el. Către pubertate a devenit obez și către vârsta de 20 de ani prezenta crize de narcolepsie cu catalepsie.

În afară de o scarlatină pe care o avusese la vârsta de 12 ani, nu avusese nicio altă boală infecțioasă. Am avut ocazia să observăm o criză în timpul căreia pupilele reacționau încet, reflexul cornean era abolit, reflexele rotulene și achilene abolite, reflexul lui Babinski pozitiv, pulsul 64, fața palidă, transpirația rece.

Acest bolnav s'a vindecat după ce a urmat un tratament cu efetonină și cu pervitină.

Primul bolnav s'a simțit de asemenea bine în urma acelui tratament, dar nu a putut fi urmărit destulă vreme, pentru a ști dacă dispariția acceselor se menține.

RESUMÉ

Considérations sur un cas de catalepsie avec narcolepsie

On décrit un cas de catalepsie avec narcolepsie chez un homme de 32 ans.

ZUSAMMENFASSUNG

Betrachtungen über einen Fall von Katalepsie mit Narkolepsie

Es wird ein Fall von Katalepsie mit Narkolepsie bei einem 32 jährigen Manne beschrieben.

Cercetări asupra valorii sero-reacțiunii Widal calitativă, în diagnosticul febrei tifoide și paratifoide

de

Dr. I. Ardelean

Pe baza rezultatelor studiului structurii antigenice a micro-organismelor din grupa tifo-paratifico-enteritidis (Salmonellelor), anume identificarea în flagelul bacililor a receptorului H sau antigenului flagelar și în corpul bacilului a receptorului O sau antigenul somatic, s'a prelucrat o metodă nouă serologică pentru identificarea aglutininelor din serul bolnavilor de febră tifoidă și paratifoldă. Reacțiunea aceasta poartă numele de analiza serică calitativă a lui Felix sau sero-reacția Widal calitativă, deoarece cu ajutorul ei se caută să se pună

în evidență nu numai cantitatea aglutininelor de specie, tifice, paratifice A sau B ci și calitatea lor, dacă sunt aglutinine H sau O, corespunzătoare aglutinogenelor sau receptorilor respectivi din antigen.

Pentru confirmarea clinică a febrei tifoide și paratifoide, în general reacțiunea Widal clasică s'a dovedit de o valoare practică indiscutabilă. Rezultatele reacțiunii Widal pentru stabilirea unui diagnostic etiologic, deci pentru precizarea prezenței sau absenței infecțiunii sunt însă nesatisfăcătoare și greu de interpretat, mai ales în cazurile în care diagnosticul clinic este dificil și nu dispunem de alte metode de laborator, ca hemo- sau coprocultură.

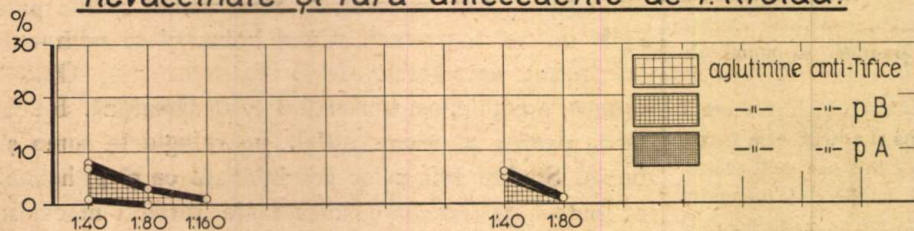
Neajunsurile și dificultățile interpretării rezultatelor reacțiunii Widal au fost rezumate mai ales la următoarele cazuri:

1. S'a constatat la bolnavi siguri de febră tifoidă, cu hemocultură pozitivă, reacțiune Widal negativă în tot decursul boalei sau apariția aglutininelor târziu, spre sfârșitul boalei sau în convalescență.

2. Prezența aglutininelor antitifice și paratifice la indivizi normali, sănătoși, care nu au avut febră tifoidă

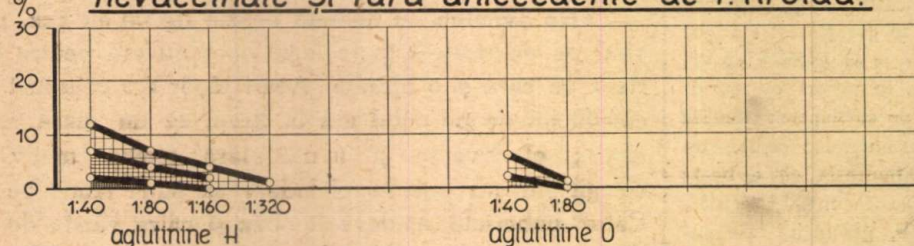
GRAFICA 1

Sero-reacția Widal calitativă, la persoane (copii) nevaccinate și fără antecedente de f. tifoidă.

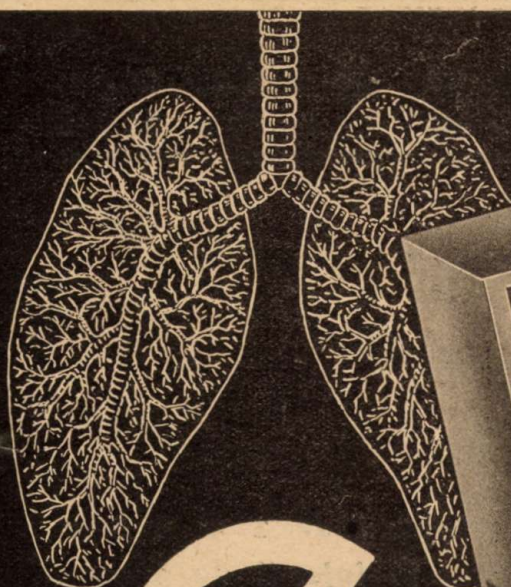


GRAFICA 2

Sero-reacția Widal calitativă, la persoane (adulți) nevaccinate și fără antecedente de f. tifoidă.



B.ADES.



INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
 LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

Frieșiune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



B.ADES.



Arterioscleroză
 Hipertensiune
 Astmă
 Bronșită cronică
 Reumatism

IODAMIN

«TITAN»

Antiartritic

Antireumatic

Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS
(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

înainte sau au trecut cu mulți ani în urmă peste o infecțiune tifoidă, clinic manifestă sau înaparentă.

3. Coagularea bac. paratifici în caz de febră tifoidă, sau a bac. tifici în febră paratifoldă.

4. Prezența aglutininelor anti-tifo-paratifice A și B la indivizii ce au fost vaccinați cu luni în urmă cu vaccin T. A. B.

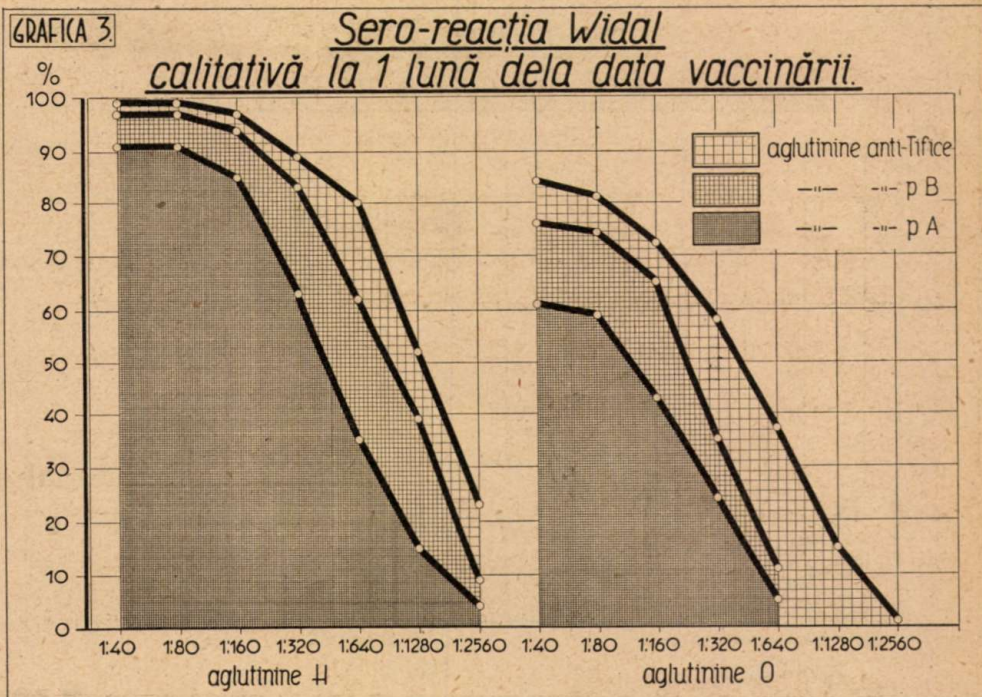
5. Reaparitia sau exacerbarea aglutininelor la indivizii vaccinați cu mult înainte, printr'un stimul piretic nespecific (accese de malarie, gripă etc.) așa numita reacție anamnestică.

Prin introducerea analizei serice calitativă, ce a fost standardizată atât ca tehnică, cât și sursele de salmonele întrebunțate în reacțiune, s'a căutat să se înlăture unele din inconvenientele și neajunsurile reacțiunii Widal clasice.

Rezultatele cercetărilor făcute la început de Felix au fost extinse foarte mult, azi dispunând de o literatură foarte vastă, care este însă pe cât de bogată, pe atât de variată și contradictorie în ceea ce privesc concluziunile. Astfel, unii au găsit că aglutininele normale la indivizii sănătoși sunt numai de forma O lipsind com-

Sero-reacția Widal

calitativă la 1 lună dela data vaccinării.



plet aglutininele H. Că la cei vaccinați se dezvoltă numai aglutinine H și de loc aglutinine O sau aceste din urmă la un titru mult mai mic decât H. După alții s'ar produce atât aglutinine H, cât și O, aglutinine O la început apoi H, primele cari ar dispărea fiind aglutininele O, pe când cele H persistă timp mai îndelungat.

La bolnavi s'ar dezvolta atât aglutinine O, cât și H, în majoritate la același titru, la începutul bolii dezvoltându-se mai mult aglutininele O decât H, aglutininele O având și o semnificație în pronosticul bun al bolii atunci când se găsesc la titru mare. La alții s'ar dezvolta numai aglutinine O și de loc H, sau numai H fără O sau O la un titru mai mare decât H.

La foștii vaccinați reacțiunea anamnestică ar redesepta prin stimul piretic nespecific numai aglutinine H fără O.

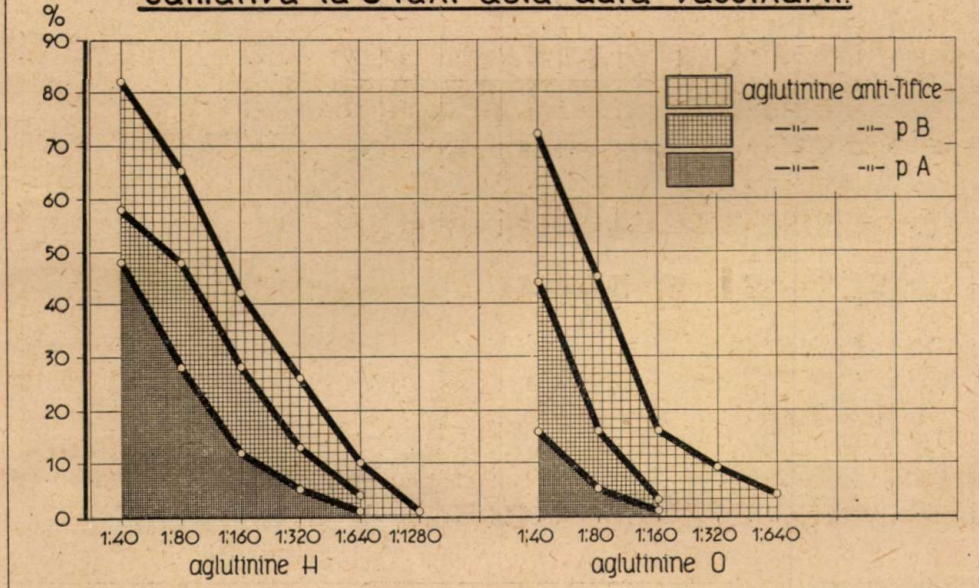
La foștii vaccinați reacțiunea anamnestică ar redesepta prin stimul piretic nespecific numai aglutinine H fără O.

În fața acestor rezultate nu tocmai concludente am făcut o serie de investigațiuni în ultimii doi ani, aplicând sero-reacția Widal calitativă la grupe de indivizi, ce se găseau din punct de vedere imunologic în con-

GRAFICA 4

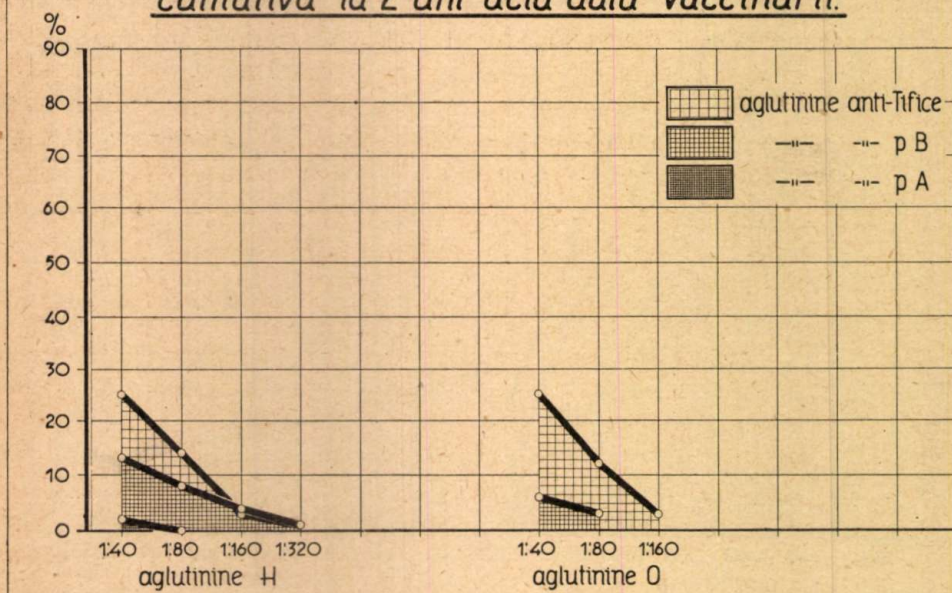
Sero-reacția Widal

calitativă la 6 luni dela data vaccinării.



GRAFICA 5

Sero-reacția Widal calitativă la 2 ani dela data vaccinării.



dilutii variate, ca răspuns serologic față de bacilii tifo-paratifici, completând astfel datele și observațiile culese pe teren și în laborator în cursul ultimilor 10 ani, reacțiunea aceasta fiind introdusă în Laboratorul Institutului de Igienă, Cluj-Sibiu, din 1934.

Într-o primă categorie de indivizi sănătoși, fără antecedente de febră tifoidă și fără a fi vaccinați au fost cercetate două grupe, una de 73 copii până la 14 ani, și alta de 100 adulți peste 21 ani, pentru frecvența aglutininelor normale.

Într-o a doua categorie s-au căutat felul și frecvența aglutininelor la vaccinați anti-tifo-paratific, la diferite intervale dela data vaccinării. În acest scop s-au recoltat probe de sânge dela soldați ce au fost vaccinați reglementar cu vaccin T. A. B. preparat după metoda Kolle de către Institutul Dr. I. Cantacuzino. Vaccinarea anti-T. A. B. a fost combinată cu anatoxină tetanică. Prima doză de vaccin T. A. B. a fost 0.5 cm³, după 6 zile 1.0 cm³ și la 30 zile dela prima doză 1.5 cm³. Numărul soldaților examinați și intervalul dela data primei doze de vaccin a fost următorul: La

16 zile 93 probe; la 1 lună 101 probe; la 2 luni 93 probe; la 4 luni 75 probe; la 6 luni 94 probe, iar la doi ani dela data vaccinării a fost cercetată o colectivitate de 87 copii ce a fost vaccinată complet cu același vaccin.

În a treia categorie s-au prelucrat rezultatele sero-reacțiilor la bolnavi de febră tifoidă, majoritatea în a doua-treia săptămână de boală, cazuri confirmate prin hemoculturi sau numai prin evoluția clinică.

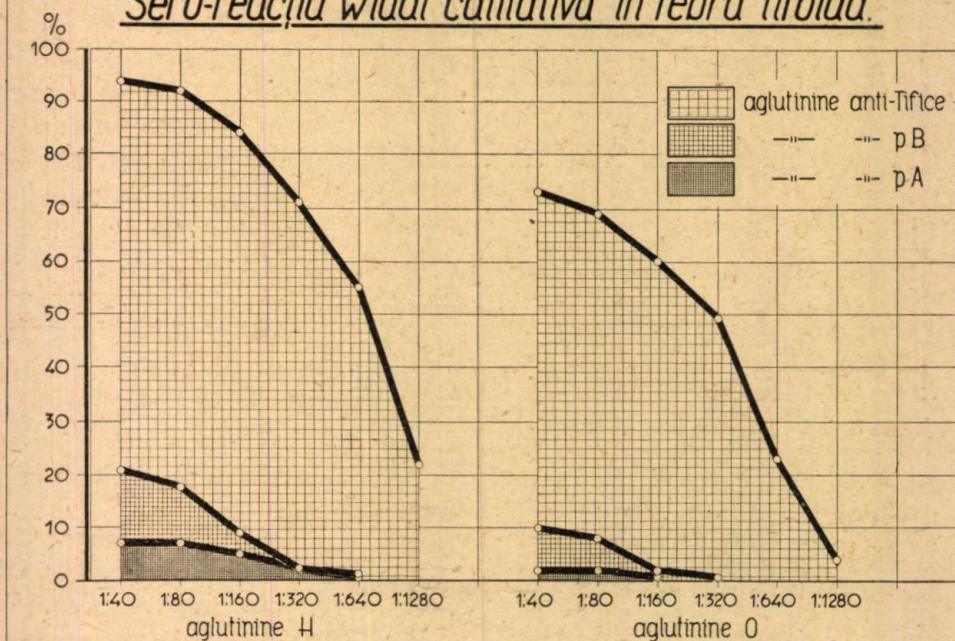
Rezultatele sero-reacțiilor calitative, pe categorii sunt reprezentate în graficele Nr. 1—6 și rezumate în tabelele Nr. 1—3. În grafice s'a re-

prezentat titrul și frecvența aglutininelor antitifice, paratifice A și B, forma H și O. Pe abscise s'a trecut titrul aglutinării, diluțiile fiind făcute dela 1/40—1/2560, iar pe ordonată frecvența titrului (acumulat) în procente.

A) Aglutinine normale antitifice H s'au găsit în 6,8%—12,0% la titru 1/40—1/320; iar O în 4,0%—5,5% la titru 1/40—1/80. Aglutinine antiparatifice A—H în 1,4%—2,0% la titru 1/40—1/80, forma O nu s'au găsit. Aglutinine antiparatifice B—H în 7,0%—8,2% la titru

GRAFICA 6

Sero-reacția Widal calitativă în febra tifoidă.



1/40—1/160, iar O în 2,0%—5,5% la titru 1/40—1/80. Tabela 1 și grafica 1—2.

TABEL I. Sero-reacția Widal calitativă la persoane normale copii și adulți

Aglutinine anti-	Grupa	Frecvența și titrul agl. H		Frecvența și titru agl. O	
		%	Titru	%	Titru
Tiflice	copii	6,8	1/40—1/160	5,5	1/40—1/80
	adulți	12,0	1/40—1/320	4,0	1/40—1/80
p. A	copii	1,4	1/40	—	—
	adulți	2,0	1/40—1/80	—	—
p. B	copii	8,2	1/40—1/80	5,5	1/40—1/80
	adulți	7,0	1/40—1/160	2,0	1/40

B) La vaccinați se dezvoltă aglutinine deja la 16 zile dela data primei doze într'un procent mare, atât aglutinine H, cât și O, aceste din urmă într'o frecvență mai mică și titru mai scăzut. La o lună aglutininele ajung la un nivel maxim, atât ca frecvență, cât și titru. Cu o ușoară scădere se mențin la 2 și 4 luni, pentru ca la 6 luni dela data vaccinării să se producă o scădere mai accentuată, constatându-se însă și la 2 ani o diferență față de grupa normală.

Titru și frecvența cea mai ridicată o prezintă aglutininele antitifice, apoi paratifice B și la urmă A. Aglu-

TABEL II. Sero-reacția Widal calitativă la persoane vaccinate

Aglutinine anti-	Examinat după vaccinare la	Frecvența și titru agl. H		Frecvența și titru agl. O	
		%	Titru	%	Titru
Tiflice	16 zile	78.8	1/40—1/1280	54.4	1/40—1/640
	1 lună	99.0	1/40—1/2560	84.0	1/40—1/2560
	2 luni	87.0	1/40—1/2560	75.0	1/40—1/1280
	4 "	83.3	1/40—1/1280	79.9	1/40—1/640
	6 "	82.0	1/40—1/1280	72.0	1/40—1/640
	2 ani	25.3	1/40—1/320	25.3	1/40—1/160
p. A	16 zile	54.4	1/40—1/1280	27.8	1/40—1/160
	1 lună	91.0	1/40—1/2560	61.0	1/40—1/640
	2 luni	69.0	1/40—1/1280	44.0	1/40—1/320
	4 "	48.0	1/40—1/160	24.0	1/40—1/80
	6 "	48.0	1/40—1/640	17.0	1/40—1/160
	2 ani	2.3	1/40	0.0	—
p. B	16 zile	73.3	1/40—1/1280	47.8	1/40—1/320
	1 lună	97.0	1/40—1/2560	76.0	1/40—1/640
	2 luni	85.0	1/40—1/1280	55.0	1/40—1/320
	4 "	80.7	1/40—1/640	36.0	1/40—1/160
	6 "	58.0	1/40—1/640	44.0	1/40—1/160
	2 ani	12.6	1/40—1/320	3.4	1/40—1/80

tininele forma H fiind mai ridicate și mai frecvente decât O, scăderea lor făcându-se aproape paralel. Tabela 2, grafica 3—5.

C) Bolnavii de febră tifoidă reacționează în majoritatea cazurilor atât cu aglutinine H, cât și O. Aglutininele H la un titru ceva mai ridicat decât O. Într'un procent de 21,1 a cazurilor s'au pus în evidență numai aglutinine H, iar în 5,7% numai aglutinine O. Coagulinarea paratificului B-H a survenit în 21,1%, iar O în 10,0%; a paratificului A mult mai rar, în 7,2% respective 1,9%. Tabela 3, grafica 6.

TABELA III. Sero-reacția Widal calitativă la bolnavii de febră tifoidă

Aglutinine anti-	Frecvența și titru agl. H		Frecvența și titru agl. O	
	%	Titru	%	Titru
Tiflice	94.3	1/40—1/1280	73.2	1/40—1/1280
p. A	7.2	1/40—1/640	1.9	1/40—1/320
p. B	21.1	1/40—1/1280	10.0	1/40—1/320

Concluziuni

a) Indivizii sănătoși au aglutinine normale antitifice și paratifice într'o frecvență variată. Aglutininele sunt de forma H și O, cu un titru 1/40—1/160 sau excepțional 1/320 pentru prima formă și 1/40—1/80 pentru a doua. Astfel în cazurile nevaccinate suspecte de febră tifoidă sau paratifoldă limita inferioară a titrului aglutinării ce se poate considera datorită infecției, pentru aglutininele H este 1/160, iar pentru O 1/80;

b) La cei vaccinați cu T. A. B. recent, de 1—3 săptămâni dela data primei doze, se găsesc aglutinine antitifice și paratifice la un titru ridicat, atât forma H, cât și O. Un suspect de febră tifoidă sau paratifoldă în primele zile de boală, ce a fost vaccinat în perioada eventualului timp de incubație, poate să prezinte deci aglutinine, ce sunt datorite vaccinării și nu infecției;

c) Vaccinații cu 1—6 luni înainte, au aglutininele H și O la un titru foarte ridicat față de toate 3 surse, bacteriice, para A și B. În această perioadă diagnosticul etiologic unei infecțiuni tifoidice sau paratifoide nu se poate preciza decât numai prin culturi;

d) După 6 luni dela data vaccinării numai un titru foarte ridicat H de peste 1/640 sau O ridicat peste 1/320, fără o mărire corespunzătoare aglutinelor paratifice, poate să ne servească la diagnosticul febrei tifoidice;

e) Bolnavii de febră tifoidă în majoritatea cazurilor reacționează cu aglutinine H și O. Nivelul lor crește pe măsură ce boala progresează. Sunt cazuri la care se dezvoltă numai aglutinine H sau numai O. Cazurile din a doua categorie ar rămâne nedagnosticate prin reac-

reacția Widal clasică, deoarece în această se întrebun-
tează surse vii, care au activ numai receptorul H.

Coagularea bac. paratifici în caz de febră ti-
foldă survine rar la un titru mic.

Sero-reacția Widal calitativă înseamnă un progres
real în sero-diagnosticul febrei tifoidice și paratifoide. Pe
lângă avantajele ce le prezintă, având o tehnică stan-
dard deci și rezultate mai uniforme, ne aduce informa-
țiuni prețioase și criterii în plus pentru interpretarea
rezultatelor.

Nu vom uita însă, că și prin această reacție
punem în evidență anticorpi (aglutinine) și nu agentul
etiologic. Reacția ne ajută la stabilirea diagnosticului
etiologic, în măsura în care vom ști să interpretăm re-
zultatele. În acest scop, se va ține seama de frecvența
și titrul aglutinelor antitifice și paratifice H și O ce se
găsesc în mod natural la populația din regiunea res-
pectivă, de stadiul bolii în care se găsește bolnavul
în momentul recoltării probei de sânge și de antece-
dentele cazului, dacă a fost vaccinat sau nu anti-T. A. B.,
când și cu ce fel de vaccin.

În cazuri neconcludente se va repeta reacția
la interval de câteva zile.

Bibliografie

Boyd J. S. K.: Laboratory Methods in the Diagnosis and
Control of Fevers of the Enteric Group. Brit. Med. J. Nov. 4,
102—4 (1939).

Combiescu D. și Iliescu M.: Analiza serică calitativă în
diagnosticul febrei tifoide. Primul congres național asupra bolilor
contagioase. 1934.

Delbove P. și Brisou J.: Le séro-diagnostic qualitatif de
Felix chez les sujets vaccinés par le T. A. B. chauffé. C. R. de la
Soc. de Biol. vol. 131, pag. 569—70 (1939).

Kauffmann F.: Die Bakteriologie der Salmonella-Gruppe.
Edit. Einar Munksgaard, Kopenhagen, 1941.

Raska K.: Bewertung serologischer Befunde bei Typhus
und Paratyphus B. Z. Immun. forschg 102,200—213 (1942).

Topley W. W. C. și Wilson G. S.: Principles of Bacteriology
and Immunity. W. Wood and Com. 1936.

Wang S. B.: Agglutinin Response Following Prophylactic
Inoculation of Typhoid — Cholera Vaccine. Chinese M. J. Vol. 56,
145—52, 1939.

INSTITUTUL DE IGIENĂ, CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Moldovan

RESUMÉ

Recherche sur la valeur diagnostique de séro- réaction Widal qualitative, dans la fièvre typhoïde et paratyphoïde

En utilisant la séro-réaction Widal qualitative on
cherche le taux et la fréquence des agglutinines anti-
typhiques, paratyphiques A et B, forme H et O, chez les per-
sonnes saines, les individus vaccinés avec T. A. B. et les
malades de fièvre typhoïde.

Chez les personnes saines, enfants et adultes, apparais-
sent des agglutinines anti-typhiques, forme H dans 6,8% et
12,0% à titre de 1/40—1/320, forme O dans 4,0% et 5,5% à
1/40—1/80. Des agglutinines anti-paratyphiques A, forme H
dans 1,4% et 2,0% à 1/40—1/80, forme O zero. Des agglu-
tinines anti-paratyphiques B, forme H dans 7,0% et 8,2% à
1/40—1/160, forme O dans 2,0% et 5,5% à 1/40—1/80.

Des sujets ayant reçu trois injections de vaccine T.
A. B. préparé d'après la méthode du Kolle, montrent déjà
à 16 jours de la première injection des agglutinines anti-
typhiques forme H dans 78,8% à 1/40—1/1280, forme O dans
54,4%, à 1/40—1/640. Des agglutinines anti-paratyphiques A
forme H dans 54,4% à 1/40—1/1280, forme O dans 27,8%
à 1/40—1/160. Des agglutinines anti-paratyphiques B forme
H dans 73,3% à 1/40—1/1280, forme O dans 47,8% à 1/40—
1/320. Le taux et la fréquence des agglutinines, forme H et
O, atteint le maximum au bout d'un mois de la première
dose de vaccine. Elles restent à un haut niveau pendant 6
mois. Enfin la baisse commence, mais on peut constater
encore après la deuxième année une différence vis-à-vis
du groupe normal. Les agglutinines forme H sont à un taux
plus élevé et à une fréquence supérieure à la forme O.

La plupart des malades de fièvre typhoïde, ont réagi
aussi bien avec des agglutinines forme H qu'avec des ag-
glutinines forme O, le premier à un taux légèrement plus
élevé. Dans 21,1% on n'avait pas trouvée que la forme H
et dans 5,7% seulement des agglutinines forme O. La co-
agglutination de bac. paratyphique A survient dans 7,3%
et B dans 21,1%.

Dans la conclusion on discute la valeur et les cri-
tériums dont il faut interpréter la séro-réaction Widal quali-
tative, pour le diagnostic de la fièvre typhoïde et paraty-
phoïde.

ZUSAMMENFASSUNG

Untersuchungen über dem Werte der qualita- tiven Widal-schen Serumreaktion in der Diag- nostik der Typhus- und Paratyphuserkrankungen

Unter Anwendung der qualitativen Widal-schen Serum-
reaktion wurden bei gesunden, dann bei gegen Typhus und
Paratyphus schutzgeimpften, sowie bei Typhus- und para-
typhuserkrankten Personen Titer und Häufigkeit der Agglu-
tinen untersucht.

Bei Gesunden wurden die antityphischen H-Agglu-
tine in einem Prozentsatz von 6,8 bei Kindern und 12 bei
Erwachsenen, mit einem Titer von 1/40—1/320, die O-Agglu-
tine in einem Prozentsatz von 4,0 bzw. 5,5 bei einem Titer
von 1/40—1/80 gefunden. H-Agglutinine des Bac. paratyphi
A wurden in 1,4 Proz. bzw. 2,0 Proz. bei einem Agglutina-
tionstiter von 1/40—1/80 festgestellt, während die O-Agglu-
tine völlig fehlten. Von den Agglutininen des Bac. para-
typhi B wurde die H-Form in 7,0 Proz. bzw. 8,2 Proz. bei
einem Titer von 1/40—1/160, die O-Form in 2,0 Proz. bzw.
5,5 Proz. bei einem Titer von 1/40—1/80 festgestellt.

Bei Personen, die gegen Typhus und Paratyphus mit
dem nach der Kolleschen Methode hergestelltem Impfstoff
schutzgeimpft worden waren, konnten schon 16 Tage nach
der ersten Impfstoffdosis antityphische H-Agglutinine in
78,8 Proz. bei einem Titer von 1/40—1/1280, O-Agglutinine
in 54,4 Proz. bei einem Titer von 1/40—1/640 nachgewiesen
werden. H-Agglutinine des Bac. paratyphi A waren in 54,4
Proz. bei einem Titer von 1/40—1/1280, O-Agglutinine des-
selben in 27,8 Proz. bei einem Titer von 1/40—1/320 fest-

zustellen. Die H-Agglutinine des Bac. paratyphi B sind in 73,3 Proz. bei einem Titer von 1/40—1/1280, die O-Agglutinine in 47,8 Proz. bei einem Titer von 1/40—1/320 nachweisbar. Titer und Häufigkeit der H- und O-Agglutinine erreichen ihren höchsten Wert nach einem Monat nach der ersten Impfstoffdosis, bewahren sechs Monate ein hohes Niveau, um sodann allmählich abzunehmen. Nach zwei Jahren ist aber noch ein Unterschied gegenüber der Normalen feststellbar. Während dieser Zeit weisen die H-Agglutinine einen höheren Titer und eine grössere Häufigkeit als die O-Agglutinine auf.

Die Typhuserkrankten reagieren in der Mehrzahl der Fälle sowohl mit H-Agglutininen, als auch mit O-Agglutininen, die ersteren bei einem höheren Agglutinationstiter. In 21,1 Proz. der Fälle wurde nur H-Agglutinine, in 5,7 Proz. der Fälle nur O-Agglutinine nachgewiesen. Coagglutination der Bac. paratyphi A und B ist in 7,2 Proz. bzw. 21,1 Proz. vorgekommen.

In der Schlussfolgerung sind Wert und Auswertungskriterien der qualitativen Widal'schen Serumreaktion in der Diagnostik der Typhus- und Paratyphuserkrankungen besprochen.

Considerațiuni anatomo-clinice asupra rinichiului polichistic, în legătură cu două cazuri

de

Petre Radu și Mircea Aleman

Rinichiul polichistic este o afecțiune întâlnită rar atât în clinică, cât și la autopsy.

Divergențele în interpretarea patogenezelor sale, fac ca să nu aibă o încadrare unitară.

Constatându-se caracterul regresiv, degenerativ al evoluției sale, termenul de „*degenerescență chistică*” cu care a fost etichetată, a fost înlocuit cu acela de „*adenom chistic*” (Gruber, Roscher).

Avem o serie de alte numiri care încearcă să precizeze cât mai aproape aspectul leziunii: „*Nefropatie chistică congenitală*”, „*Chist adenom cogenital*”, „*Boală polichistică a rinichiului*”, etc.

Cazurile de rinichi polichistic observate de noi și pe care le redăm mai jos, merită să fie cunoscute, nu numai pentru raritatea lor, dar chiar și prin cadrul simptomatologic pe care-l prezintă, precum și prin discuțiunile patogenice ce se pot desprinde.

Cazul I. — În 10 Iulie se internează în clinica noastră bolnava F. E., de 28 ani, căsătorită, casnică.

În antecedentele heredo-colaterale: bunica și mama au suferit mult cu rinichii, murind în jurul vârstei de 45 de ani, de afecțiuni renale. O soră și un frate suferă de asemenea cu rinichii.

În antecedentele personale ale bolnavei găsim pojar, difterie în copilărie. Neagă alte boli infecto-contagioase și venerice.

Menstruată la 15 ani, de atunci perioadele catameniale se succed regulat. A avut o singură naștere, foarte dificilă. Copilul trăiește și e sănătos.

Boala actuală datează de aproximativ 8 ani, debutând brusc după o excursie cu schiurile, când bolnava a simțit în ambele regiuni lombare dureri foarte accentuate, care iradiau în centură înconjurând lojele renale. Aceste dureri se intensificau la mișcări, mai ales la extensiunea și flexiunea trunchiului pe bazin.

Urinează mult și des. N'a observat apariția hematuriei.

Starea generală alterată, la efort durerile se intensifică; cefalee, febră, anorexie.

Consultând un medic, i se constată albuminurie și se face diagnosticul de nefrită acută, recomandându-i-se tratamentul me-

dicamentos corespunzător. Scurt timp dela instituirea tratamentului toate fenomenele se amendează, așa, că timp de 4 ani bolnava se simte bine.

Acum 4 ani însă, din timpul gravidității, bolnava acuză o jenă difuză la nivelul ambelor loje renale.

La 5 zile după naștere (foarte dificilă) starea generală se agravează brusc, dureri surde, difuze, interesează întreg corpul, vomează, este febrilă, urinează des, iar în urină se constată prezența albuminei și a puroiului.

După 24 de ore, durerile cedează progresiv din intensitate, iar după un tratament cu urotropină timp de 3 luni, bolnava se reface complet — albumina și puroiul fiind negative acum în urină.

După un an reapar durerile cu caracter iradiant în ambele loje renale, asociate cu albuminurie și piurie ușoară.

Reluând tratamentul cu urotropină, pentru una lună, se simte bine până înainte cu 6 luni — dela internarea în clinică (aproximativ 3 ani).

Acum 6 luni însă, durerile, care nu dispăruseră complet, se intensifică lent, progresiv; reappare și albumina.

Bolnava slăbește mereu în forțe fizice și greutate. Consultă un medic, care face diagnosticul de nefrită cronică și o tratează ca atare.

Observând că starea generală se agravează din zi în zi, iar azotemia se menține, în jurul lui 260 mgr. % recomandă bolnavei să se interneze în clinica noastră.

Pofta de mâncare redusă. Scaunul regulat, de formă și consistență normală.

Examenul obiectiv: Bolnava de statură înaltă, tegumentele și mucoasele vizibile palide, țesutul musculo-adipos relativ păstrat, articulațiile libere, iar sistemul osos intact.

Prin palpare nu se pot evidenția adenopatii ganglionare.

În ceea ce privește sistemul nervos, aparatul respirator, cordul: nimic demn de semnalat.

Tensiunea arterială: 11—7½ (Tonometru).

Abdomenul de consistență și formă normală, fără zone sau puncte sensibile.

Prin palpație profundă la nivelul ambelor flancuri, se palpează rinichii, foarte mult măriți, depășind rebordul costal cu latul a 4 degete. Rinichii sunt relativ consistenți (duri), ușor neregulați și nedureroși la palpare.

Ficat, splină: nimic deosebit.

Ținând seama de datele clinice, investigațiile noastre de laborator au urmărit să precizeze sindromul renal pe care îl prezintă bolnava. Ele au dus la următoarele rezultate:

Urina: Galbenă clară. Densitatea specifică 1008. A: pozitiv, P și Z: negative.

Sedimentul urinar: multe leucocite, foarte rare hematii; multe săruri amorfice.

Densitatea specifică a urinei variază în 24 de ore (proba Stauss-Volhard) între 1008 și 1011, densitatea specifică medie fiind 1009.

Diureza: 1100 cc urină în 24 ore.

Clorurile în urină 6,5 gr. $\%$, azotul ureic în sânge 223,2 mgr. $\%$.

Viteza de sedimentare: după 1 oră: 10, după 2 ore: 28 diviziuni.

Clorurile în sânge: 4,3 gr. $\%$. Hematii: 3.100.000. Hemoglobină: 80% (Erka). Reacția Borget-Wassermann: negativă.

Examenul fundului de ochi: normal.

*

Ținând seama de antecedentele vechi ale bolnavei și marcând capacitatea funcțională redusă a rinichilor cu izostenurie: 1009 aproximativ, precum și faptul că azotemia era 223,2 mgr. $\%$, și având în vedere că prin palpație rinichii au fost asemenea unor tumori semidure, de ambele părți am făcut diagnosticul de rinichi polichistic bilateral, evoluând cu forma breightică.

Localizarea bilaterală excludea posibilitatea unui chist hidatic sau chist seros, iar starea generală bună a bolnavei elimina atât hidronefroza bilaterală, cât și posibilitatea unei tumori renale duble.

Comportarea funcțională a rinichilor pune problema diagnosticului diferențial cu scleroza renală, forma anipertensivă, îndepărtată însă prin caracterele palpatorice ale rinichilor.

Bine înțeles, așa cum reiese din caracterele anatomo-patologice ale acestei afecțiuni, scleroza renală este prezentă în rinichiul polichistic și justifică astfel aspectul clinic.

Din desfășurarea simptomelor reținem faptul că starea generală bună a bolnavei, care prezenta o azotemie de 223,2 mgr. $\%$, nu presupunea o asemenea concentrație a ureei în sânge.

Organismul făcea impresia de a nu reacționa sau de a se fi acomodat toxicității propriului său sânge.

Pentru a modifica cât mai repede posibil azotemia și având în vedere și cloruremia, s'a administrat un regim de suc de fructe și cât mai multe lichide, continuând apoi cu un regim lactatidric.

Concomitent s'au administrat diuretice: glucoză, eufilină, făcându-se zilnic dimineața și seara câte o clismă cu ser fiziologic și carbune.

În urma acestui tratament azotemia a scăzut, trecând succesiv prin următoarele valori: 163,08—130—133,12—66,96 mgr. $\%$.

În acest timp dimensiunile rinichilor au scăzut cu 1 cm.

Pentru a modifica clorurile mult scăzute în sânge și urină, s'a administrat, alături de glucoză și eufilină, și ser ipertonc, clorurile din urină trecând succesiv prin următoarele valori: 5,0 gr.—6,2—6,5—7,0—9,0—8,30—9 gr. $\%$, iar în sânge 4,3—4,0—5 gr. $\%$.

Starea generală a bolnavei s'a ameliorat mult, astfel că după 30 de zile părăsește clinica, recomandându-i-se un regim de boli renale, repaus și revenirea în clinică pentru control după 1 lună.

Revenind pentru control, bolnava ne semnalează aceleași dureri vagi localizate în ambele loje renale, care o determinaseră să se interneze prima oară, de data aceasta mult mai puțin intense.

Examenul clinic obiectiv nu ne semnalează în afară de prezența aceluiași caractere palpatorice ale rinichilor, nimic deosebit.

Tensiunea arterială 12 $\frac{1}{2}$ —7 (Tonometru).

Urina: Densitatea specifică 1007, de culoare galbenă clară. A.: pozitiv, P. și Z.: negativ.

Sedimentul urinei: 6—8 hematii, 5—6 leucocite, trichomonas vaginalis.

Rinichiul a diluat și a concentrat în 24 de ore între 1006—1010.

Diureza: 1120 cc urină. Azot ureic în sânge: 70,0 mgr. $\%$.

Clorurile în urină: 6,5 gr. $\%$.

Înstituindu-se tratamentul anterior, azotemia a scăzut la 54,5 mgr. $\%$, iar clorurile au crescut, trecând succesiv prin următoarele valori: 7,0 gr.—11,0 gr. $\%$ în urină, iar în sânge: 4—4,5—5 gr. $\%$.

În aceste condițiuni pentru a putea face confirmarea diagnosticului nostru, se face pielografia descendentă cu „perabrodil forte”, cu radiografii în serii la 15'—20'—25' și 40'.

Se constată că perabrodilul se elimină prin rinichi în cantități foarte mici și rapid încât nu este reținut, întreaga cantitate putându-se constata în vezică.

Se face, ceva mai târziu, pielografia ascendentă, care dă imaginea tipică a rinichiului polichistic.

Cazul II. — Bolnava G. H., de 23 de ani, necăsătorită, funcționară, sora bolnavei F. E. (Cazul I).

În antecedentele personale: pojar în copilărie. A suferit apoi de anghine și amigdalite repetate. Menstruată la 15 ani, de atunci perioadele catameniale se succed regulat.

Boala actuală datează de aproximativ 5 ani, debutând insidios cu senzații de presiune dureroasă pe care bolnava le localizează în flancul stâng, atribuindu-le unei răceli contractate în școală.

Obosea ușor, avea grețuri și era lipsită complet de poftă de mâncare.

Consultă un medic și i se constată o ptoză renală stângă.

Urmând un tratament medicamentos și regim, bolnava se simte din nou bine.

Acum 3 ani, durerile reapar, de data aceasta mult intensificate, interesând în aceeași măsură ambele flancuri. Bolnava este febrilă (39,5°), are ușoare grețuri, nu apar edeme, hematurie și niciun fel de alte tulburări în micțiune.

Albumina se constată în urină.

Supusă unui regim alimentar sever, bolnava se reface, simțindu-se din nou bine.

De atunci acuză senzațiuni vagi de presiune și jenă dureroasă în flancuri cu deosebire la nivelul lojei lombare stângi, mai ales după eforturi sau dacă împrejurările o silesc să stea mult în picioare. Capacitatea de muncă este puțin mai redusă.

Albumina a persistat variabil în ultimii 3 ani.

N'a slăbit în greutate, pofta de mâncare păstrată, scaunul regulat, de consistență, formă și culoare normală.

(Aceste fenomene n'o silesc să se interneze și este examinată ocazional.)

Examenul obiectiv: Bolnava de statură înaltă, tegumentele și mucoasele vizibile normal colorate. Țesutul celulo-adipos și muscular bine reprezentat. Articulațiile libere, sistemul osos intact, ganglionii nu se palpează.

Sistemul nervos, aparatul respirator, aparatul circulator: nu prezintă nimic patologic.

Tensiunea arterială 13—7 $\frac{1}{2}$ (Tonometru). Ficatul, splina: normale.

Abdomenul de formă și consistență normală. Prin palpație se evidențiază rinichii, măriți puțin, ceva mai duri, puțin neregulați și ușor sensibili.

Examinările de laborator: Urina: galbenă, densitatea specifică 1017. A. P. și Z.: negative. Clorul în urină 11,8 gr. $\%$. Azotul ureic în sânge: 49,08 mgr. $\%$.

Viteza de sedimentare: după 1 oră 3 diviziuni, după 2 ore 6 diviziuni.

Se face pielografia ascendentă și se constată în dreapta aspectul tipic de rinichi polichistic, iar în stânga nu se obține nicio imagine.

Ținând seama de datele clinice și de laborator am stabilit și aici diagnosticul de rinichi polichistic, plelografiile făcând inutil diagnosticul diferențial.

Cazul III. — Fetița F., în vârstă de 5 ani, fiica bolnavei F. E. (cazul I).

Subiectiv nu acuză nimic.

Examenul obiectiv: Copil în creștere, bine nutrit. Tegumentele și mucoasele vizibile normal colorate. Articulațiile libere, sistemul osos intact, ganglionii nu se palpează.

Sistemul nervos, aparatul respirator, aparatul circulator, abdomenul, ficatul, splina: nimic patologic.

La nivelul lojelor renale nu se palpează rinichii și nu se constată puncte sensibile.

Examenul urinei: Urina galbenă clară. Densitatea specifică: 1022. A. și Z.: negative, P.: intens pozitiv.

Sedimentul urinei: câmpul microscopic cu leucocite, foarte rare săruri amoniaco-magneziene.

(Împrejurări speciale nu ne-au mai permis continuarea investigațiilor pentru stabilirea unui diagnostic, fetița fiind de asemenea ocazional examinată.)

În rezumat, în primele 2 cazuri, având în vedere simptomatologia clinică, antecedentele heredo-colaterale, examenul obiectiv, precum și datele furnizate de laborator (azotemia, cloruremia în primul caz, plelografiile etc.), ne-am socotit îndreptățit să facem diagnosticul de nefropatie chistică congenitală.

* * *

Rinichiul polichistic în general se întâlnește rar și de cele mai multeori accidental. *Pabot* constată 38 de cazuri din 8400 de autopsii (0,45%), *Roscher* 11 din 1532 de noi născuți (0,7%), purtători de rinichi polichistic, iar din alte 3995 de cazuri abia 9 (0,2%).

Frecvența medie ar fi de 0,5% (după 5527 cazuri ale lui *Roscher*.)

Statisticile altor autori pledează pentru un procent și mai scăzut.

Neumann, din 10.177 autopsii întâlnește rinichiul polichistic abia în 18 cazuri (dintre care 2 unilaterale și 16 bilaterale).

Institutul de Anatomie patologică din *Meinz*: 8 cazuri din 3500 autopsii, iar Institutul de Anatomie patologică din *Cluj* (1938): 4 cazuri din 5700 autopsii.

Studiile lui *Kampmeier*, *Kaufmann*, *Roscher*, etc. au lămurit morfologia sa microscopică.

Aspectul macroscopic al rinichiului polichistic atrage atenția, cu deosebire, prin dimensiunile și caracterul boselat al suprafeței sale.

El seamănă cu o chiorchină de strugure, sau este ca un rinichi strâns cu sfoară, iar printre noduri parenchimul său prezintă „leșturi” — după comparația lui *Albarran* și *Imbert*.

Proeminențele emisferice, dela exterior, au mărimi variate: dela aceea a unui bob de mieu sau de fasole, până la aceea a unei nucii sau ou de găscă, chiar mai mult.

Coloarea este de asemenea variată: unele dintre proeminențe fiind alb-gălbui, altele roș-brune, violete, etc.

Consistența diferă, unele fiind fluctuente, altele mai dure, mai rezistente.

Datorită acestor proeminențe atât suprafața, cât și greutatea rinichiului sunt mult mărite (dela 135—155 gr. greutatea normală, la 1800—2000 gr.)

Montagossa citează un caz în care ambii rinichi cântăreau 21 kgr.

Leziunea este aproape întotdeauna bilaterală.

Rinichiul coboară până jos în fosele iliace prin polul lor inferior, deplasarea polului superior fiind în general minimă.

La secțiune se remarcă foarte multe cavități dispuse una lângă cealaltă, înlocuind, mai mult sau mai puțin, parenchimul renal.

De obicei aceste cavități sunt sferice, individualizate, altele se subdivizează prin pereți subțiri în subîncăperi inegale, reproducându-se astfel aspectul unui fagure.

Conținutul chistelor este de asemenea variabil: poate fi seros, transparent, având compoziția urinei cu albumină ceva mai multă însă, alteori poate fi hemoragic, sau chiar sânge, coloid, etc.

Asocierea unui proces de infecție secundară este frecventă.

Bazinetul apare îngroșat cu o infiltrație grăsoasă în jur, iar vasele renale scleroase.

Studiul microscopic face să se observe structura conjunctivă a pereților chistelor. Acest țesut conjunctiv este acoperit de un epiteliu cu un aspect variabil: celule cilindrice, cubice sau turtite, cu nucleul oval așezat spre bază. Foarte des peretele este pluristratificat, prezentând înmuguriri exterioare și interioare.

Înmuguririle interioare tind să subîmpartă cavitatea chistică, iar cele exterioare formează în parenchimul renal, tracturi asemănătoare adenomelor.

Conținutul chistelor apare grunzos, seros, sau amorf, cu celulele epiteliale descumate într'un stadiu diferit de necroză.

Parenchimul renal este foarte redus și demonstrează caractere evidente de scleroză (explicând astfel prin leziune simptomatologia clinică atât de asemănătoare sclerozel renale).

Corespunzător zonei corticale, se constată aceleași formațiuni chistice separate de un țesut conjunctivomuscular, cu o infiltrație limfocitară, plasmocitară, mai puțin polinucleară.

Între acest țesut se remarcă și țesut renal funcțional.

Glomerulii sunt uni hipertrofici, cu capsula îngroșată, hialină, alții sunt atrofici, fibrozați. Tubii sunt strânguși de țesutul conjunctiv sau dilatați considerabil.

Corespunzător zonei medulare, înafara cavităților se observă fibre musculare netede și tubi urinarți tipici

sau atrofici cu cilindri hialini sau cu lumenul dispărut în urma proliferației epiteliale.

În ceea ce privesc vasele parenchimului renal, acestea au întima considerabil mărită, din cauza țesutului conjunctiv cu tendința ocazională de hialinizare, lumenul fiind mult strâmtat.

De obicei rinichiul polichistic este asociat cu alte formațiuni chistice ale viscerelor, fapt care îndreptățește în unele cazuri termenul de *boală chistică*. Dintre acestea cu deosebire a fost întâlnită asociația cu chiste hepatice, pancreatice, ale corpului tiroid, ovar și creier.

Patogeneza rinichiului polichistic este foarte mult discutată.

Dintre ipotezele mai importante amintim:

1. *Teoria inflamatorie*, susținută de *Wirschow* și *Arnold*, după care procesul inflamator sclerozant s'ar localiza la nivelul papilei renale, deci e vorba de o papilită fibroasă, care face imposibilă comunicarea între canaliculele urinare și bazinet, ducând la distensunea chistică a acestor canalicule.

Pousson, admite un proces de nefrită interstițială cronică, ducând la scleroză cu efecte obstruante.

După *Lust*, *Scheda*, *Schultz*, procesele inflamatorii din epoca fetală determină împrăzierea țesutului conjunctiv și deci aceeași obturare a tuburilor renali.

Teoria inflamatorie nu explică însă cauza acestui presupus proces inflamator, nici proliferațiile epiteliale la nivelul chistelor.

Pe lângă aceasta atrezia papilară lipsește adeseori.

De asemenea, contrar supoziției lui *Pousson*, s'a negat că procesul inflamator cronic ar fi constant, iar dacă este, atunci el e secundar chistelor, nu primar.

2. *Teoria mecanică*, presupune obturarea tuburilor urinare prin cilindri albuminoși (*Frerichs*), chlaguri sangvine în capsula lui *Bowmann* (*Klein*, *Rodenstein*), săruri de calciu sau urați (*Lehmann* și *Bouillard*).

3. *Teoria neoplazică*, susținută de *Mihailowitz*, *Chobinsky*, *Lejars*, *Phillippson*, *Hufschnied*, etc., presupune că boala chistică este un proces activ, epitelul proliferând prin muguri interiori și exteriori ca într'un adevărat proces adenomatos. Aceeași patologie se raportează și la chistele ficatului, ovarului, testiculului, mamelei.

Dar proliferarea epitelială depinde de faptul dacă peretele chistelor este pluristratificat — (dispoziție înconstanță).

4. *Teoria malformației rinichiului chistic*, susținută de *Koster*, *Ebstein*, *Hanan*, *Schatock*, *Rindfleisch*, bazată pe studii embriologice ale rinichiului, susține că aceste chiste sunt datorite unui viciu de dezvoltare, care determină obliterarea tuburilor urinare.

Conductele rezultă din unirea mugurelui metanefrogen și ureteral, iar chistele se produc atunci când această unire nu se poate face (*Hildebrand*).

Obstrucția tuburilor urinare nu este în măsură singură să producă chistul și se asociază, după *Ribbert*, și proliferația epitelială activă. Supoziția lui *Ribbert* admite parțial și teoria neoplazică, fiind modificată în mici amănunte de alți autori. (*Busse*, *Ruckert*, *Aschoff*.)

5. *Teoria congenitală* clasează aceste chiste renale în grupa hemartozomelor (*Herxheimer*, *Gruber*, *Brückner*, *T. Vasiliu*).

Ținând seama de caracterul structural și de evoluția rinichiului polichistic al noului născut, similară cu aceea a formei adultului, și având în vedere caracterul familial, se bănuiește existența unor germeni induși (*Albarran*, *Letulle*, *Verliac*), care se pot dezvolta la un moment dat în blastoame, sau pot constitui bazele de plecare ale hemartozomelor.

6. *Teoria eclectică* a lui *Pousson* admite că în patogeniza rinichiului polichistic nu trebuie implicată o singură cauză, ci probabil sunt mai multe cauze, care fiecare poate determina rinichiul polichistic.

7. *Teoria ereditară*. *Wilhelm Weitz* publică în „Die Vererbung Innerer Krankheiten“ (1936) arborele genealogic al lui *Cairus*, care găsește rinichiul polichistic moștenit prin generațiuni.

Un asemenea arbore genealogic a fost publicat și de *Bull*, apoi de *Paus* și *Roscher*.

În sfârșit la două generații prezența boalei a fost semnalată de *Cairus*, *Boselius*, *Osler*, *Dunger*, *Hohne*, *Steiner*, *Rumpel*, dintre care ultimii doi în câte două familii.

Mai mult decât atât, în familiile citate de *von Bull* și *Boselius* se remarcă transmiterea boalei prin indivizi sărăcoși în aparență.

Bazat pe aceste considerațiuni, *Weitz* implică caracterul ereditar în patogeniza rinichiului polichistic.

* * *

Încercând să încadrăm și cazurile noastre în una din teoriile explicative ale patogenezei acestor afecțiuni, am fost atrași de publicațiunea lui *Wilhelm Weitz*, care deschide problema eredității rinichiului polichistic.

Studiul amănunțit al antecedentelor familiei și cu deosebire al acestor surori ne face să admitem caracterul ereditar al acestor afecțiuni.

Bunica surorilor ca și mama au murit cu o afecțiune renală, foarte probabil identică cu cea întâlnită de noi în această familie.

Putem admite că și în familiile descrise de *Cairus*, *Beck*, unde boala a fost diagnosticată cu precizie la 3 surori, că este foarte probabil, asociindu-ne cu părerile acestor autori (*Srent*, *Bachrach*, *Weitz*), că cu toate că leziunea n'a putut fi stabilită la părinți dat fiind dificultățile pe care le implică acest diagnostic, primează posibilitatea că și ei au suferit de aceeași boală.

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiilor gono-
cocice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.
Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.
Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;
apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până
la defervescență, dar maximum 8 g.
(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se
reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și
 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate
Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România :

M. R. Leclerc, București, str. Ruginoasă 1

Tiroida

„Gedeon Richter“

EXTRACT PUR STABILIZAT

Tablete conținând substanțele active din 0,10 gr., 0,30 gr. și 0,50 gr. glandă tiroidă proaspătă.

Fiole conținând substanțele active din glanda proaspătă corespunzând la 3 miligrame iod pe cc.

Hormonul antehipofizar gonadotrop din urina de gravidă

Glanduantin

Fiole și tablete titrate pe unități :

Fiole de 20 unități internaționale

Tablete de 150 unități internaționale

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 și 1.000 unități internaționale

Fiole de 100 unități internaționale în soluție apoasă

Fiole de 1.000 și 10.000 unități internaționale în soluție uleioasă

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.02

Deoarece fetița bolnavă F.-E., prin vârsta sa și datorită faptului că împrejurările n'au permis o examinare completă (plelografie), nu este în măsură să înfirme acest caracter ereditar, rămânem pe lângă această probabilitate.

Cercetările atente în această direcție pot aduce lămuriri importante în explicația patogenezei rinichilului polichistic.

Rinichilul polichistic se întâlnește atât la adult, cât și la noul născut, simptomatologia sa rămânând în funcție de aceasta.

Aspectul clinic al acestei afecțiuni la noul născut este restrâns.

Turburări în timpul sarcinii nu s'au semnalat, nașterea însă adesea înainte de termen. În cazul în care rinichilul este foarte dezvoltat, nașterea poate fi extrem de dificilă, copilul murind asfixiat în timpul travaliului sau imediat după naștere.

Alteori durată vieții este de ore sau de zile, moartea fiind explicată de insuficiența renală sau eventual de alte malformațiuni care asociază rinichilul polichistic: aplazie renală, encefaloză, polidactilia (după Roscher).

Dacă totuși noul născut, care la naștere are un rinichiu polichistic evident dezvoltat, trăiește, atunci el datorează acest faptului, că leziunea este unilaterală, sau în orice caz unul din rinichi este mai puțin interesat.

Durată vieții în asemenea condițiuni, după datele franceze, este de aproximativ 5 ani.

La adult boala se întâlnește între 40 și 50 de ani, indiferent de sex, cu deosebire putând fi descoperită la orice vârstă, după statistica lui Grauhan:

	In viață	Morți
La vârsta de 20—30 ani	6	2
" " " 30—40 "	1	2
" " " 40—50 "	2	8
" " " 50—60 "	2	5
" " " peste 60 "	1	3

Ca și după alți autori de altfel și după statistica lui Grauhan moartea survine pentru purtătorul de rinichiu polichistic, între 40—50 de ani.

Simptomatologia clinică depinde de stadiul în care se găsește boala.

După Pasteur—Wallery—Radot deosebim două perioade:

1. O primă perioadă latentă, foarte lungă. Boala debutează prin mici semne de insuficiență renală, dureri vagi lombare sau puseuri de hematurie (mai frecvent microragii).

După Brugsch hematuria poate fi atât de intensă încât să determine o anemie gravă.

2. O perioadă de stare, caracterizată printr-o durere spontană, surdă, continuă, profundă, care se accentuează la mișcările trunchiului (flexiune, extensiune),

localizată lombar și irradiind în spre abdomen, membru inferior, testicol, alteori dureri ușoare în centură, mai pronunțate la efort (mers).

De obicei durerea este bilaterală și se intensifică relativ prin palparea rinichilor. Uneori este întreruptă de adevărate colici renale.

Hematurile se întâlnesc adesea, fără ca însă să fie constatate la fiecare caz. (Brugsch le acordă o deosebită importanță pentru diagnosticul clinic, mai ales când survin cu debutul boalei.)

La palpatie întâlnim în lojele renale o tumoră renitentă, excepțional fluctuantă, uneori boselată, prezentând semnul balotării pozitive.

Evidențierea la acest nivel a unei tumori simetrice cu asemenea caractere este deosebit de importantă.

La examenul urinei se constată că densitatea specifică este coborâtă (1007—1010), albuminuria redusă, ceva mai intensă după hematurii. Sedimentul urinei nu oferă nimic caracteristic.

Capacitatea funcțională (de concentrație și diluție) a rinichilor este mult redusă, ipostenuria și izostenuria, ca și de altfel anemia, fiind corespunzătoare gradului de insuficiență renală (Brugsch).

Tensiunea arterială poate fi ridicată, asociată eventual cu o hipertrofie a inimii stângi.

Ureia în sânge mult crescută, iar reacția xantoproteică pozitivă.

De altfel în majoritatea cazurilor bolnavii mor în comă uremică sau prin apoplexie.

Clorurile (de Na.) mult scăzute, atât în sânge, cât și în urină.

În ultimul timp se acordă o importanță deosebită plelografiilor ascendente, care de asemenea poate descoperi un rinichiu polichistic. (Cea intravenoasă nu reține adeseori substanța de contrast.)

Bazinul diferă în fiecare parte, apare îngroșat, cu calicele neregulate, prezentând lipsuri.

Pielografia însă poate fi și normală.

Rinichilul polichistic se poate prezenta clinic sub mai multe forme:

1. Forma latentă, care îl face de neobservat.
2. Forma breightică, ca o scleroză renală, evoluând timp îndelungat.

3. Forma chirurgicală sau tumorală, manifestându-se prin crize dureroase, hematurie și tumoră (durează aproximativ 3 ani).

4. Forma cu debut brutal, în care insuficiența renală se instalează brusc și duce repede la moarte.

Complicațiile rinichilului polichistic sunt: supurație (febră, dureri foarte violente), ruptură, crize de anurie, compresuni asupra organelor învecinate, etc.

Diagnosticul clinic este de cele mai multeori dificil, aceasta cu cât boala se găsește într'un stadiu mai incipient.

Ținând seama de durerile cu sediul lombar de hematuria (intermitentă) periodică care poate duce la anemie, incapacitatea funcțională a rinichilului și cu deosebire de celelalte semne ale brightismului, precum și mai ales de prezența unei tumori elastice, blocate, simetrice bilaterale, diagnosticul clinic se impune, iar prin examinările de laborator se confirmă.

În unele cazuri examenul radiografic poate aduce contribuții importante la stabilirea diagnosticului.

Bozelius și Izrael au pus în evidență prin punctia chistelor „corpusecul în formă de rozetă”. Prezența acestor corpusecul nu s'a dovedit însă constantă.

Diagnosticul diferențial se face cu hidronefrozele duble, pentru diferențiere fiind necesar cateterismul, apoi cu scleroza renală, deosebirea fiind în unele cazuri imposibilă de făcut (mai ales când nu este posibilă palparea rinichilor).

Dacă tumora renală este unilaterală, după eliminarea unei neoplazii renale (prin radiografie) diagnosticul va ezita între hidronefroză, un chist hidatic și un chist seros. Cateterismul și probele de laborator vor face diferențierea cu hidronefroza și chistul hidatic, în schimb eliminarea chistului seros în afară de radiografie este imposibilă.

Prognosticul este în funcție de diagnosticul clinic, dar mai ales de vârstă. Cu cât apare la o vârstă mai tânără, cu atât e mai grav. La adult este rezervat, variind de la caz la caz.

Tratamentul e igienico-dietetic (repauz, regim) și medicamentos. Intervenția chirurgicală este admisibilă în cazul în care afecțiunea este unilaterală, sau chistele sunt foarte mari, iar funcțiunea renală păstrată. În acest caz se pune problema descoperirii și funcționării chistelor.

Concluzii

Rinichitul polichistic se trădează prin fenomene locale și generale. Fenomenele locale se caracterizează prin o mărire și deformare a ambilor rinichi, care se palpează având o suprafață neregulată.

În patogeniza acestor afecțiuni factorul ereditar pare să joace un rol.

Boala evoluează spre fenomenele sclerozel renale, — având însă o evoluție prelungită, — iar fenomenele azotemice se instalează mai târziu.

În cursul evoluției putem avea stări azotemice transitorii, datorite infecțiilor intercurente, care adesea se repercutează asupra acestor rinichi.

CLINICA MEDICALĂ I

Director: Prof. Dr. I. Hatieganu.

RESUMÉ

Le rein polykystique

Considérations anatomo-cliniques en relation avec deux cas

Les auteurs décrivent le cas des deux sœurs qui présentaient des reins polykystiques. Après l'étude des antécédents de ces deux sœurs, les auteurs admettent le caractère héréditaire de cette affection.

ZUSAMMENFASSUNG

Anatomisch-Klinische Schlussfolgerungen über zwei Fälle von Nierencysten

Die Autoren beschreiben den Fall von zwei Schwestern, welche an Nierencysten litten. Aus der Familienanamnese kann man den Schluss ziehen, dass die cystische Nierenerkrankungen hereditären Charakter haben.

Accidente renale după sulfamidoterapie

de

Dr. Ioan Macavei și Dr. Aron Faur

Marea greutate pe care a întâmplat-o întotdeauna și o întâmplină și astăzi chimioterapia antiinfecțioasă este că nu s'a ajuns la acea „therapia magna sterilisans” pe care Ehrlich crezuse la început că a atins-o odată cu descoperirea compuşilor arsenicului pentavalent, că nu s'a găsit drogul care să acționeze numai asupra agentului patogen fără a leza țesuturile organismului.

Ca orice substanță străină introdusă în organism și sulfamidele pot da fenomene de intoleranță și toxice variate. O categorie din aceste complicațiuni o constituie cele renale. De la simple hematurii până la anuria, nefrite, uremii soldate uneori cu moartea, au fost observate nu-

meroase cazuri de complicațiuni renale în cursul tratamentului cu sulfamide.

Înainte de a intra în discuția acestor accidente, vom descrie în mod sumar observațiunile noastre clinice în legătură cu 5 cazuri.

Obs. I. Bolnavul V. N. de 22 ani, student, din Sibiu.

Antecedentele heredo-colaterale și personale: nimic important afară de pojar în copilărie.

Boala actuală: În urmă cu 2 zile fiind în cursul tratamentului infecției g. c., a luat în 10 ore 7½ grame sulfatiazol (Eleudron). Spre seara aceleași zile micțiunile au devenit frecvente, însoțite de tenesme vezicale și oligurie. Peste noapte îi apar dureri foarte mari în lojele renale, apoi cefalee, amețeli, vărsături inco-

ercibile, iar micțiunile s'au sistat. Fenomenele amintite s'au agravat tot mai mult, în deosebi durerile din lojele renale au devenit insuportabile constrângând bolnavul, să-și administreze pantopon. În plus se simte astenic, adinamic, inapetent, constipat, edeme palpebrale, ceea ce determină pe bolnav să se interneze în clinică în 12 Dec. 1943 după 2 zile dela debutul boalei.

Examenul obiectiv și de laborator: „Temp. 37° grade, pulsul 74, tens. art. = 15 — 10 (V. L.). La examenul clinic al diferitelor aparate și organe în afară de edeme faciale, palpebrale și dureri mari la presiune în lojele renale nu se constată nimic deosebit.

Exam. urinei: Culoare galbenă roșietică, tulbure. Dens. = 1008, albumină = ad fundum petens (3 gr. ‰), puroi prezent, zahăr absent. Sediment urinar: câmpul microscopic plin de hematii, frecvente leucocite, rari celule renale.

Tabloul sanghin: polinucleare n. 80‰ limfocite 15‰, monocite 5‰. Leucocitoza 14.500. Azotul ureic în sânge 137 mgr. ‰. Viteza de sedimentare a hematiilor (Vestergreen) după 1 oră 21, iar la 2 ore 40. În fața tabloului clinic descris am stabilit dgs. de glome rulo-nefrită acută toxică post sulfamidică și instituim tratamentul compus din: regim de suc de fructe, lichide multe, alcaline, inj. glucoză cu eufilină și vit. C., termofor pe regiunile renale, calmante. După o zi diureza crește la 200 cm. c., fenomenele locale și generale se mențin, însă mai atenuate. În ziua a 3-a, diureza atinge 1000 cm. c., apoi crește treptat ajungând în a 8-a zi de boală la 2600 cm. c. — Concomitent cu ameliorarea sindromului urinar. (diureza mare, albuminuria și hematuria în descreștere), bolnavul continuă să fie indispus, inapetent, grețuri, cefalee, constipație, simptome care se explică prin curba retenției de azot în sânge, care în loc să revină la normal sincron cu fenomenele urinare crește mereu ajungând în a 8-a zi de boală la 279 mgr. ‰, deci în același timp în care diureza atinsese cifra maximă (2600 cm. c.); remarcăm însă că densitatea urinei era mică 1004—1006. De aci înainte evoluția boalei merge spre bine inclusiv curba azotemiei care scade treptat până la 44 mgr. ‰, pe lângă o diureză bună. După 15 zile bolnavul părăsește clinica vindecat.

Obs. II. Bolnava D. E. de 50 ani, căsătorită, casnică, din Sadu, județul Sibiu. A. h. c.: mama și 2 frați morți de afecțiuni cardiace, iar un frate de tbc. pulmonară. A. p.: în copilărie pojar, catar pulmonar. De 3 ani în menopauză. P. = O. A. = O.

Boala actuală: În luna Septembrie 1943, contractează o infecție gc. pentru care i se prescrie o cură cu Eleudron pe care însă bolnava nu-l tolerează și intrerupe această cură urmând tratament local și vaccinoterapie. Se internează în clinica Dermatovenerică și în zilele de 13—14 Decembrie i se administrează per os bicarbonat de sodiu în vederea unei cure cu sulfamide. În zilele de 15—16 Decembrie ia zilnic câte 8 gr. sulfatiazol (Eleudron), pe care bolnava îl suportă greu din prima zi. A 2-a zi după ce i se administrează încă 8 grame Eleudron, bolnava se simte rău, grețuri, vărsături și se sistează tratamentul cu sulfamide. A 3-a zi dimineața bolnava e transpusă în serviciul nostru cu cefaleea accentuată, grețuri, vărsături, o stare stuporoasă hematurie.

Examenul obiectiv și de laborator: Temp. 37° gr., pulsul 68, tens. art. 11 — 6 (V. L.). Dureri mari la presiune în lojele renale în rest la examenul diferitelor aparate și organe, nimic deosebit.

Exam. urinei: Culoare galbenă deschisă, ușor tulbure. Dens. 1015. Alb. = ad fundum petens. Sedimentul urinar: câmpul microscopic plin de hematii, numeroase leucocite. Azotul ureic în sânge 72 mgr. ‰. E vorba prin urmare de o nefrită hematurică post sulfamidică. Se inaugurează același tratament ca în primul caz.

În ziua 2-3-a bolnava prezintă câte o criză dureroasă renală mare asemănătoare crizelor litiazice. Diureza crește dela 200 la

1.200 — 1.400, dens. 1012, albuminuria și hematuria scade, azotul în sânge crește la 125 mgr. pe lângă o diureză relativ bună dar cu o densitate urinară relativ mică (1012). După 9 zile bolnava părăsește clinica viedecată.

Din lipsă de spațiu vom aminti numai observațiile III, IV., V.

În observația III este vorba de un bărbat de 30 ani, care după ce a luat pentru o uretrită gc. trei zile consecutiv câte 6—8 gr. eleudron pe zi, face o nefrită acută azotemică cu anurie. În observația IV și V este vorba de câte un bolnav de 21 și 22 ani, care după o zi de sulfamidoterapie (unul 8 gr. dagenan, altul 8 gr. eleudron) pentru o uretrită gc fac o nefrită acută hematurică.

Toate cazurile s'au ameliorat și vindecat de afecțiunea renală pe lângă tratamentul indicat în observațiunile precedente.

Aruncând o privire de ansamblu asupra cazurilor observate de noi constatăm, că în toate tabloul morbid s'a instalat brusc, cu simptome digestive (grețuri, vărsături, inapetență) și generale (cefalee, subfebrilități, stare generală rea etc.) concomitent cu fenomene de suferință renală: anurie de 1—2 zile, s'au oligurie, hematurie masivă (cazul IV și V) sau ușoară, apoi dureri mari insuportabile având caracterul crizelor renale. Densitatea urinei în două cazuri n'a depășit 1015, iar în trei cazuri a oscilat între 1003—1005—1008, prin urmare paralel cu o oligurie pronunțată densitatea urinară era mult scăzută și s'a menționat mică tot timpul boalei. Azotul din sânge în toate cazurile, cu excepția unuia, a fost ridicat.

Ceea ce a fost izbitor este constatarea discordanței între sindromul urinar și sindromul azotemic. Pe când asistam la o ameliorare a sindromului urinar (diureza în creștere, hematuria și albuminuria în regresune) se produce o accentuare a sindromului azotemic (creșterea azotului ureic în sânge). Astfel în observația I, dela 137 mgr. ‰, s'a urcat la 279 mgr. ‰, în timp ce diureza crescuse dela 50 cmc. la 2006 cmc.; în cazul II, dela 72 mgr. la 120 mgr. iar diureza dela 300 la 1040 cmc.; în observația III, azotul 102 mgr., iar în cazul IV, dela 37 mgr. la 74 mgr. ‰, pe lângă o diureză relativ bună (1400 cmc.).

În literatura consultată n'am găsit acest simptom paradox. Am observat apoi că atunci când densitatea urinei începea să crească, azotul din sânge scădea chiar dacă diureza nu era prea mare. Aceasta înseamnă că leziunile produse de sulfamide au dus la o pierdere temporară a capacității de concentrație a rinichilor, dovadă densitatea scăzută a urinei. În tot timpul cât s'a menținut ipo și izo-stenuria chiar pe lângă o diureză bună, retenția de azot a mers crescând, semn în aparență paradox. Odată cu creșterea densității urinare azotemia începe să scadă dovadă a regresunii leziunilor tubulare și a reluării funcției de concentrație a rinichilor. Am mai putea explica acest simptom printr-o creștere a concentrației plasmelor sanguine în urma degajării de apă.

Substratul isto-patologic al acestor multiple turburări.

Ansterhoff tratează un bolnav de gc. cu eubazin, apărând o nefrită sistează tratamentul, după 10 zile însă bolnavul moare cu fenomene de nefroză ac., uremie, edem pulmonar, fără să aibă hematurie. Se pare deci spune autorul, că în acest caz e vorba de o acțiune toxică directă asupra tubilor produsă de sulfamidă și nu o urmare a unei alterări mecanice prin cristale.

Kowalki, George K., Roger Bones, au comunicat 6 cazuri de pneumonie tratate cu sulfapiridină la care a apărut brusc în urma acestui tratament o azotemie cu o stare comatoasă. La cistoscopie au constatat cristale de sulfapiridină care obstruau orificiile ureterale și aplicând un tratament potrivit (cateterisme, lichide abundente etc.) bolnavii au fost salvați.

Observațiunile experimentale pe animale și clinice pe bolnavi arată, că sulfamidelor în eliminarea lor din organism pot da o serie de leziuni în rinichi și căile urinare.

Avem pe de o parte leziuni pur mecanice cauzate de cristalele de sulfamide care produc obstrucții incomplete sau complete ale ureterelor, leziuni, descuamări ale epitelului ureteral și tubular și de aci anurii, hematurii etc.

Avem pe de altă parte leziuni ale parenchimului, glomerulilor și tubilor renali (edem, procese de vacuolizare, dilatări ale capsulei și tubilor) al căror ecou clinic sunt marile sindroame de suferință renală:

Sindromul urinar (oligurie, albuminurie, hematurie, ipo-stenurie, etc.); 2. Sindromul azotemic; 3. Sindromul arterial - hipertensiune arterială și 4. Sindromul edemului.

În majoritatea cazurilor domină leziunile de ordin mecanic produse de cristalele de sulfamide.

Se pare că în mecanismul de cristalizare al sulfamidelor în rinichi și căile urinare joacă rol mai mulți factori: pe lângă valoarea PH-ului urinar, pe lângă cantitatea redusă de urină respective de lichide consumate, mai trebuie să dăm o mare importanță coeficientului de solubilitate care este o caracteristică a fiecărui sulfamid. Aci e momentul să reamintim că sulfamidelor se elimină prin rinichi sub forma de compuși acetilici (acetyl-sulfatiazol, acetyl-sulfapiridină etc.) care sunt greu solubili și pot concretiza sub formă de cristale. Sulfatiazolul și sarea lui acetyl-sulfatiazolul sunt cele mai greu solubile dintre sulfamidele întrebunțate în mod curent și dau deci foarte des concreții sub formă de cristale. La 4 din bolnavii noștri complicațiile renale au fost declanșate de sulfatiazol (eleudron) iar la unul de către sulfapiridină (dagenan). Un oarecare rol trebuie să atribuim și componentei individuale în mecanismul de precipitare al sulfamidelor în căile urinare, pentru că altfel nu pot fi explicate cazurile de complicațiuni ivite numai la o parte din bolnavi, deși administrarea s'a făcut în aceleași condițiuni și doze pentru toți. Foarte deseori bolnavii prezintă cristale de sulfamide în urină fără manifestări clinice.

De asemenea trebuie să luăm în considerare cantitatea de sulfamidă administrată pro-dosis. În cazurile noastre unii au luat deodată 2 gr. iar în 10 ore 8 gr. sulfatiazol ceea ce nu-l echivalent cu 12 gr. în 24 de ore. De aci conduita clinică noastră de a da doze mai mici la intervale scurte și păstrând concentrația optimă efectivă în sânge ținând mereu organismul sub influența medicamentului.



1. Cristale de sulfatiazol în urină (Eleudron)

Diagnosticul îl stabilim ușor: la un bolnav care fără să mai fi suferit vreo dată de rinichi, în cursul unui tratament cu sulfamide pentru diferite afecțiuni, se instalează brusc simptome de suferință renală însoțite de dureri mari uneori adevărate crize dureroase renale, ne gândim la o complicație renală post sulfamidică. E mai greu însă a stabili natura complicațiunii renale. E vorba numai de leziuni pur mecanice datorite cristalelor sulfamidice sau sunt leziuni mai serioase interesând și parenchimul, glomerulii renali? Răspunsul îl va da observația clinică și de laborator al marilor sindroame de suferință renală. Când avem numai o hematurie simplă sau anurie însoțite de crize dureroase echivalente celor din litiaza renală fără celelalte sindroame, diagnosticul de leziuni pur mecanice prin cristale de sulfamide se impune. Dacă pe lângă crizele dureroase renale avem marile sindroame de suferință renală (sindromul urinar, sindromul azotemic, sindromul cardio-vascular) diagnosticul de nefrită toxică e ușor de stabilit.

Prognosticul e în marea majoritate a cazurilor bun, fiindcă sulfamidele se elimină repede din organism

(3—4 ore), iar cristalele rezultate din precipitarea lor se redissolvă ușor prin administrarea de lichide în cantitate mare și prin alcalinizarea urinei, așa că intervenind la timp și eliminând cauza restabilirea condițiilor normale în rinichi și căile urinare se face într'un timp relativ scurt (1—2 săptămâni) deoarece cantitatea regenerativă a epitelului tubular e mare.

Tratamentul: repaos la pat, regim din suc de fructe, lichide abundente, alcaline (bicarbonat de sodiu) în cantitate mare pentru a alcaliniza urina. Injecții glucoză asociată cu vitamina C. Diuretice cu excepția celor mercuriale, prin urmare vom da eufilină, teocină, teobromină, etc. Cardiotonice, cofeină etc. Căldura pe lojele renale, diatermie. Aproape la toate cazurile noastre a trebuit să administrăm calmante din cauza durerilor extrem de mari. În caz de anurie prin obturarea ureterelor se recomandă cateterismul ureteral.

Sjövall, Bertil-Lindgren într'un caz de anurie cu azotemie și edem pulmonar după sulfamide unde n'a

fost posibil cateterismul ureteral au intervenit chirurgical pentru eliminarea cristalelor de sulfamide care obturau ureterele, bolnavul fiind salvat.

CLINICA MEDICALĂ I, CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Iuliu Hațieganu

RESUMÉ

Les accidents renaux d'après la sulfamidothérapie

Les auteurs, font une étude des complications rénales survenues à la suite de la sulfamidothérapie en relatant 5 observations de cette catégorie.

ZUSAMMENFASSUNG

Nierenkomplikationen nach sulfamidothérapie

Die Verfasser geben ein Studium der Nierenkomplikationen nach Sulfamidothérapie und bringen 5 eigene Beobachtungen dieser Art.

Sifilis familiar cu două cazuri de infecții extragenitale

de

Dr. Emil Colbazi, și **Dr. Emil I. Bologa,**
medic primar medic secundar

Publicarea acestui caz de sifilis familiar, pe lângă raritatea localizării șancrilor extragenitali, este îndreptățită de o serie întreagă de considerații generale, dar mai ales locale, care interesează poporul și Țara noastră. Problema este cu atât mai actuală, cu cât timpurile de război prin care trecem, reprezintă momentele cele mai favorabile răspândirii acestei boli.

La noi sifilisul reprezintă încă o plagă socială foarte gravă, care acum cu ocazia războiului a depășit procente cu adevărat îngrijorătoare. Pe lângă aceasta, importanța sifilisului extragenital, care la noi este legat de condiții defectuoase de igienă, precum și de anumite obiceiuri locale, subliniază actualitatea problemei combaterii și profilaxiei bolilor venerice din acest punct de vedere.

După cum spunea d-l Profesor Dr. Nicolau cu ocazia Congresului medicilor din anul 1926, „problema sifilisului, privită sub aspectul actual, încetează de a mai fi o problemă de interes pur medical, pentru a deveni o problemă socială și am putea spune, națională”. Trebuie să recunoaștem actualitatea acestor cuvinte mai ales pentru prezent.

Înainte de a da curs descrierii cazurilor noastre, în care este interesată o familie întreagă, compusă din tată (bolnav și sursă de contagione), mamă și patru

copii, vom trece în revistă considerațiile generale referitoare la sifilisul familiar și la problema contaminării extragenitale.

Sub numele de sifilis familiar definim acele cazuri, în care contaminarea sifilitică cuprinde mai mulți membri ai aceleiași familii — sau, în cazul nostru, pe toți — transmitându-se de la unul la altul, această contaminare recunoscând o sursă primară la unul din membri, care este responsabil de această generalizare a bolii și asupra celorlalți membri ai familiei respective.

Astfel în cazul nostru, tatăl se întoarce de pe front bolnav și își contaminează soția. Aceasta neglijând manifestățiunile secundare, care nu întârzie să apară, mânăncă și doarme mai departe cu copiii săi, fără a se gândi să consulte un medic. Rezultatul acestei neglijențe, subliniată de lipsa oricărui cunoștințe și măsuri igienice, este, că în curând trei dintre copii se contaminează de la mamă, iar al patrulea numai probabil, pentru că acesta recunoaște un contact avut cu patru săptămâni înainte cu o femeie pe care o presupune bolnavă. Astfel cazul nostru, reprezintă cu adevărat o formă cât se poate de serioasă și tragică în același timp, de sifilis familiar.

Sifilisul câștigat, ca orice boală infecțioasă, se transmite exclusiv prin contagione. Toate manifestările

sifilitice pot fi contagioase. Contagiunea este în funcție de anumiți factori, printre care amintim ca mai importanți:

- abundența treponemilor (plăci mucoase, etc.),
- aspectul clinic al leziunilor (leziunile umede fiind mai periculoase),
- localizarea leziunilor etc.

Șancrul primar este periculos prin indolența sa, care nu duce pe bolnav imediat la medic. Cele mai contagioase sunt totuși accidentele secundare și printre acestea mai ales plăcile mucoase. Acestea conțin un număr foarte mare de treponeme și în țările în care se practică obiceiul sărutului pe gură și obiceiul de a mânca din aceeași farfurie (Rusia, România, etc.), se înțelege pericolul special și local pe care acestea îl prezintă.

Roșea este mult mai puțin contagioasă ca plăcile mucoase. Totuși în principiu toate manifestările secundare sifilitice trebuiesc considerate ca infecțioase. Accidentele terțiare sunt în această privință cu mult mai benigne. Cu toate că proba contagiozității lor a fost dovedită, în mod practic manifestările terțiare pot fi considerate ca neinfecțioase, cazurile de contaminare fiind cu totul excepționale.

Sângele sifiliticilor reprezintă în cazuri rare numai agentul transmitător al infecției (cazurile de contagione prin transfuzie sangvină în care donatorul este bolnav). Celelalte umori, ca urina, laptele, sperma, sudoarea și saliva, pot și ele transmite sifilisul.

Pentru ca contaminarea să se producă, sunt necesare anumite condițiuni favorabile, dintre care unele sunt în funcție de virulența agentului cauzal, iar celelalte de starea de receptivitate a individului. În plus, pentru ca infecția să se poată produce, este necesară prezența unor leziuni mucoase sau cutanate, care să servească drept poartă de intrare.

În ceea ce privește modul de contaminare, calea sexuală — originea venerică — este cea mai obișnuită. Pe lângă aceasta, originea sifilisului poate fi accidentală (contagione imediată sau directă — sărut, — sau indirectă, prin intermediul unui obiect sau instrument, etc.) și profesională (suflători de sticlă, îmbolnăvirea profesională a medicilor, moașelor).

Sifilisul câștigat infantil, după E. Jeanselme, are la bază totdeauna o contaminare familială (trecură fătului prin organele genitale ale mamei bolnave — contaminare de pasaj; alăptare, etc.). Șancrul sifilitic, după cum spunea Ricord, „este o sămânță bună pentru orice teren, putând incolți oriunde hazardul o depune”. După Fournier, „contagiunea sifilitică poate atinge toate punctele suprafeței corpului”. Astfel va trebui să distingem: *șancruri genitale, perigenitale și extragenitale*.

În statistica sa de 10.006 cazuri, Fournier observă 650 cazuri de șancruri extragenitale, deci 6,48%. Pentru

Jeanselme cauzele care explică în țările ortodoxe întinderea așa de mare a sifilisului pe cale extragenitală, sunt obiceiurile diferite, ca: întrebunțarea comună a tăcămurilor, obiceiurile religioase, ca cumințarea, care se face cu o singură linguriță, obiceiul sărutului pe gură, la care se adaugă și starea defectuoasă de igienă.

În cele ce urmează, vom da o atențiune deosebită șancrilor extragenitali, ei reprezentând și în cazul nostru modul de contaminare în două cazuri.

Massa în anul 1532 în cartea sa „De morbo gallico”, amintește primul, posibilitatea infecției extragenitale. Mai târziu, în anul 1563, Leonard descrie deja un sifilom primar extragenital localizat pe buza inferioară.

În principiu, șancrurile extragenitale se pot localiza pe orice punct al suprafeței corpului. După statistica lui Fournier, șancrurile genitale reprezintă ca frecvență un procent de 93%, cel perigenital 0,67%, iar cel extragenital 6,33%. În această privință procentul șancrilor extragenitali variază după diferiți autori (Finger-Viena 1,3%; Montgomery-California 5%; Rosenquist-Moscova 10,2%; iar Krefting-Cristiania 16,6%).

Hunter spunea, că sifilomul extragenital poate avea ca sediu orice punct al suprafeței corpului.

În toate statisticele, locul întâi de localizare îl dețin buzele și amigdalele, iar la femele în plus cele de pe mamelă. În marea statistică a lui Münchhalmer, sifilomele extragenitale localizate pe extremitățile inferioare ating abia cifra de 0,09%, întrecând astfel numai pe cele de pe urechi (0,029%), frunte (0,089%), gîngie (0,056%), antebraț (0,06%) și gât (0,049%), care pot fi considerate ca deosebit de rare.

Schener din 14.590 sifilome extragenitale găsește localizate pe membrul inferior numai 167 (adică 1,01%).

Șancrurile extragenitale sunt cu mult mai frecvente la femei decât la bărbați (în medie 4% bărbați, 9% femei). Ei pot fi unici sau multipli și frecvența lor variază după localizare. În ceea ce privește localizarea șancrilor extragenitali, după statistica lui Fournier, care cuprinde 1134 cazuri, cel mai frecvent au fost observați la nivelul buzelor (567 cazuri), iar cel mai rar pe membrele inferioare (4 cazuri), umăr (2 cazuri), axilă (1 caz).

În cazurile noastre, șancrul extragenital este localizat odată pe coapsă (fiind multiplu), iar la celalalt bolnav pe fața internă a genunchiului (fiind solitar).

În ceea ce privește vârsta, cea mai mare frecvență a lor se găsește între 20—30 ani.

Ca regiune, în Rusia cifra lor se ridică, după Halperin, la 50,3%, iar în Europa centrală și nordică, după Jaddasolm, la 5—10%.

Să cercetăm frecvența acestor localizări după statisticele diferiților autori:

STATISTICA SIFILOMELOR EXTRAGENITALE

Nr. curent	Autorul	Nr. total al cazurilor de sif. extragenital	Nr. sifilom. localiz. pe membr. inf.	Coapsă	Gambă	Genunchiu	Localiz. pe membrul inferior %
1	Fournier	1134	15	11	4	—	1,03%
2	Gaucher-Bobrie	2912	12	11	—	1	0,40%
3	Carivenc	105	1	1	—	—	0,90%
4	Bardet	140	1	1	—	—	0,70%
5	Levy-Bing	2185	1	1	—	—	0,04%
6	Bulekley	8313	73	—	—	—	0,80%
7	Münchheimer	9519	93	—	—	—	0,90%
8	Schener	13837	167	—	—	—	1,02%
9	Porter (USA)	47	—	—	—	—	0,0 %
10	Rochese (Italia)	98	1	1	—	—	1,02%
11	Rille (Germania)	646	0,7%	—	—	—	0,7 %
12	Chabrol	690	6	6	—	—	
		(din 11518 cazuri de sifilis)					
13	Colbazi—Bologa (România)	12	3	1	1	1	0,10%
		(din 2500 cazuri de sifilis)					

În statistica noastră cele 12 sifilome extragenitale sunt astfel repartizate:

- 4 pe buza superioară,
- 3 pe amigdale,
- 1 pe mamelă,
- 1 pe gambă,
- 1 pe coapsă,
- 1 pe genunchiu,
- 1 pe obrazul drept.

Aceste date statistice și procentuale, care se extind pe un număr de zece de mii de cazuri adunate din toată literatura care ne-a stat la dispoziție, ne permit să conchidem raritatea excepțională a localizării șancrilor extragenitali la nivelul membrului inferior în general și în special la nivelul genunchiului. Din totalul de 39.638 șancri extragenitali, nu găsim localizat pe genunchiu decât 2 cazuri și dintre acestea unul este cel publicat de noi în lucrarea de față, iar celălalt publicat în statistica lui Gaucher-Bobrie (1 la 2912). Din statisticele lui Bulekley, Münchheimer, Schener, care cuprind un număr de 31.669 șancri extragenitali, numai 332 sunt localizați la nivelul extremității inferioare și niciunul pe genunchiu.

În rezumat deci, am găsit pe un total de 39638 cazuri de sifilome extragenitale, 353 localizate pe membrele inferioare (adică 0,80%) și 2 cazuri localizate pe genunchiu (adică 0,002%).

Aceste date numerice și procentuale subliniază astfel raritatea cazului pe care îl publicăm în lucrarea de față.

Contaminarea sifilitică directă poate fi, după cum spuneam, venerică sau nu. Este clasic cazul unui student, care luând călare pe umeri o femeie cu leziuni genitale floride — după cum s'a putut stabili ulterior — a prezentat mai târziu un șancru primar extragenital localizat pe ceafă. În alte cazuri contaminarea se face prin intermediul buzelor la regiunile cele mai diferite de pe suprafața corpului (braț, spate, ureche, etc.). Contaminarea indirectă se face prin intermediul degetelor, salivelor sau a diferitelor obiecte și instrumente de care s'a servit anterior sifiliticul contagios.

În ceea ce privește prognosticul general al șancrilor extragenitali, aceștia au fost considerați din cele mai îndepărtate timpuri ca fiind mai gravi decât cei genitali. Ei au fost acuzați ca reprezentând originea sifilisului malign. Fournier însuși admitea, că șancrile extragenitali sunt uneori urmași de un sifilis secundar sau de o formă nervoasă.

Jeanselme consideră sifilomele extragenitale ca mai rezistente la tratament, iar Dugteren, Petrin și alți autori, găsesc sifilisul extragenital mai grav ca pe cel genital.

Herxheimer descrie 3 cazuri de sifilome extragenitale (localizate pe gingie) care toate au prezentat la timpul său paraliză generală progresivă.

Blaschko observă deseori reacțiuni meningeale în cazul sifilomelor localizate pe buze.

În ceea ce privește localizarea la nivelul membrilor, sifilomele extragenitale sunt cu mult mai rare pe membrele inferioare ca pe cele superioare. Bergmann găsește (până la 1923) 53 cazuri (și dintre acestea numai 6 pe genunchi) sifilome, în timp ce Simm publică (până în 1911) 557 sifilome localizate pe membrele superioare.

Rille, cercetând toată literatura până la 1921, găsește numai 41 sifilome localizate pe extremitățile inferioare și dintre acestea 20 pe gambă, 5 pe picior și 3 pe călcâi.

În ceea ce privește sifilomele extragenitale localizate pe coapsă, acestea se produc, după Ledermann, prin dormitul în pat comun cu un sifilitic (copil—mamă).

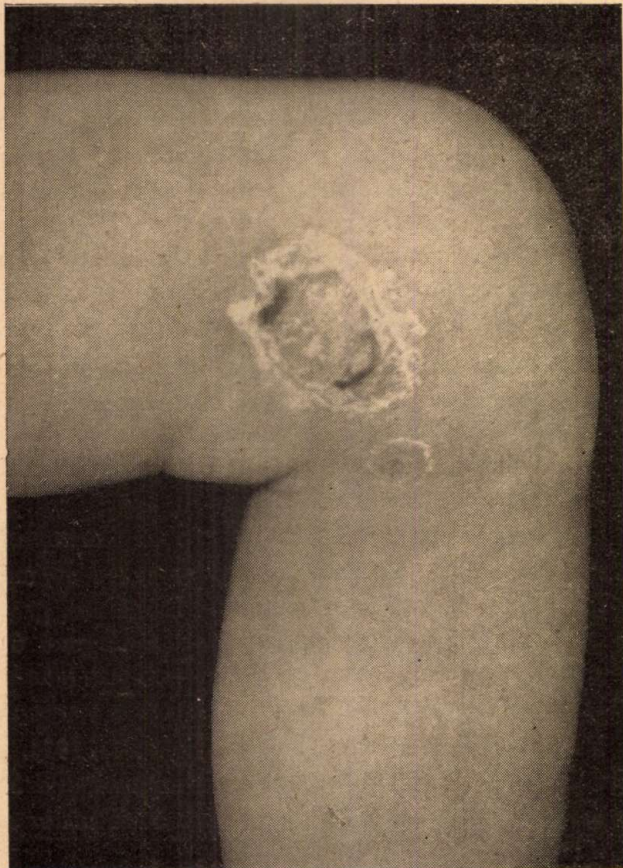
Genunchiul este contaminat tot prin contact. Localizările pe călcâi, plantă, degetele dela picior, sunt extrem de rare.

În cele ce urmează vom da curs descrierilor folilor de observație a membrilor acestei familii (excepând pe tată, care întorcându-se imediat pe front, nu a putut fi examinat), complet contaminat, rămânând ca să tragem apoi concluziile ce se desprind, referitor la problema combaterii sifilisului din acest punct de vedere, care la noi reprezintă un caracter și interes local.

Foaia Nr. I. — N. Maria, 39 ani, româncă, casnică, căsătorită, cu patru copii, este internată în Spitalul de Boli Sociale în ziua de 9 XII. 1942 cu diagnosticul: Sifilis II, exantem papulos generalizat, plăci mucoase amigdalene, papule erosive și hipertrofice genitale și perigenitale.

Antecedente heredo-colaterale: fără importanță.

Boala actuală: În luna Septembrie 1942 îi apare în urma unui contact sexual avut cu soțul ei sosit într'un scurt concediu de pe front, un exantem format de micropapule, mai întâi pe fața flexorică a ambelor antebrate, generalizându-se apoi pe torace și abdomen. După două săptămâni apar leziunile genitale. Bolnava nu consultă niciun medic, tratându-se singură, până la data prezentării la Spital (9 XII). Din discuția cu bolnava reiese că s'a prezentat la spital, neputându-se vindeca singură. Nu este conștientă nici de gravitatea bolii (de care nu a mai auzit niciodată), nici de marea ei contagiozitate. Neagă orice contact sexual extraconjugal.



PLANȘA Nr. 1. — Sifilom extragenital pe genunchiu.
(Foaia de observație Nr. II.)

Mucoasele: Pe ambele amigdale și stâlpii anteriori, plăci mucoase albe sidefii.

Ganglionii: cervicali și inguinali bilateral tumefiați, duri, mobili, izolabili, indolori și lipsiți de fenomene inflamatorii.

Organele genitale: Bolnava prezintă pe fața externă și internă a ambelor labii mari și în regiunea crurală dreaptă, leziuni papuloase de formă rotundă-ovalară, eșite mult din planul pielei învecinate, cu margini regulate, variind ca mărime dela un bob de linte până la un bob mare de fasole. Suprafața acestor leziuni este netedă, lucioasă, ușor erosivă, fiind acoperită cu o secreție seroasă lucioasă. La palpare leziunile sunt dure și complet indolore.

Pielea: Prezintă leziuni numeroase micropapuloase diseminate mai ales pe abdomen, flancuri, fața posterioară a gâtului și regiunea submaxilară. Leziunile sunt de mărimea unor boabe de orez, și mai mari, având o culoare roșie arămie, au forma rotundă, cu margini regulate și bine delimitate, unele fiind acoperite de

mici scuame centrale, ușor detașabile. Alte leziuni prezintă o descuamație periferică (gulerușul lui Bielt).

Examen bacteriologic și serologic:

10 XII.: R. Wassermann: +++++; Meinicke: +++++.

18 XII.: Frotiu vaginal: leucocite, rare epiteliale, floră bacteriană.

19 III.: R. W.: negativă; R. M.: negativă.

Tratament: A fost început imediat, constând din injecții alternative de bismut și neosalvarsan. Prima injecție de neosalvarsan a fost precedată de 2 injecții de cianură de mercur (0,005—0,01 gr.), ceea ce facem astfel la toți bolnavii cu sifilis secundar, în vederea prevenirii unui șoc prea mare.

Foaia Nr. II. — M. Gheorghe, 6 ani, român, legitim, intrat în spital cu diagnosticul: *Sifilis I, sifilom primar extragenital, localizat pe fața internă a genunchiului stâng.*

Antecedente heredo-colaterale: Ambii părinți sifilitici.

Antecedente personale: Fără importanță.

Boala actuală: Datează de 3—4 săptămâni și a debutat cu o leziune pe genunchiul stâng.

Mucoasele: Libere, normal colorate.

Ganglionii: În regiunea crurală, tumefiați (mai ales în partea stângă), duri, indolori, izolabili.

Organele genitale: Normale, fără leziuni.

Pielea: Pe fața internă a genunchiului stâng se observă o leziune de mărimea unei monede de 20 lei, de formă rotundă-ovalară, de culoare roșie, cărnoasă, cu suprafața netedă, leziunea denivelând mai ales în centru pielea vecină. La palpare se observă o duritate accentuată. Marginile leziunii sunt ușor tumefiate și acoperite cu cruste și scuame. Fondul este acoperit cu o secreție seroasă, lucioasă, care devine mai abundentă după atingerea leziunii a ansa de platină („șancrul lăcrimează”, după cum spun sifilografii francezi).

Examen bacteriologic și serologic:

3 IV. 1943: Examenul ultramicroscopic: negativ.

4 IV.: Ex. ultra: negativ.

29 III.: Reacția Wassermann și Meinicke: +++++.

Examenul ultramicroscopic nu se mai repetă, deoarece între timp a sosit rezultatul analizei dela laborator.

Tratament: Neosalvarsan și bismut.

Foaia Nr. III — M. Maria, 12 ani, elevă, primită în spital cu diagnosticul: *Sifilis II, papule erosive genitale și plăci mucoase amigdalene.*

Antecedente heredo-colaterale: Tatăl și mama specifici, de asemenea 3 frați.

Antecedente personale: La 5 ani varicelă.

Boala actuală: Datează de 4 săptămâni aproximativ și a început cu jenă în gât, răgușeală, după care au apărut leziunile genitale.

Mucoase: Pe ambele amigdale și în parte pe stâlpii anteriori amigdalieni, se observă plăci mari mucoase de culoare albă sidefie.

Ganglionii: inguinali de ambele părți, dar mai ales în stânga, tumefiați, duri, mobili, izolabili, indolori, fără fenomene inflamatorii.

Organele genitale: Pe fața internă a labiei mari din partea stângă, se observă câteva leziuni papuloase de formă rotundă, cu suprafața erosivă, netedă și lucioasă, având mărimea unor boabe de linte, marginile regulate și în planul țesuturilor vecine, prezentând o infiltrație dură la palpare.

Pielea: Nu prezintă leziuni.

Examen bacteriologic și serologic:

Frotiul vaginal: leucocite, rare epiteliale, floră bacteriană.

19 VII.: Reacția Wassermann: +++++, Meinicke: +++++.

Această pozitivitate se menține și după tratamentul aplicat (la 4 luni

Pomata Dermosan „Galeno“

Compusă din substanțe astringente, antiseptice, calmante și antiflogistice este

Pansamentul ideal în toate iritațiile și maladiile pielii:

Eczeme-Arsuri, Ulcere ale gambei,
Degerături, Mâncărimile pielii,
Descuamări etc.

Calmează mâncărimile, Alină durerile,
Cicatrizează rănilor, Ulcerile varicoase,
Vindecă arsurile

Thumenol-Rezorcină-Acid
salilic - Oxid de zinc
Talc - Lanolină - Vas

Prodotti Farmaceutici „GALENO“

Mostre și literatură servește: „Farmacopeia“ Rahovei 189, București

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

după începerea tratamentului R. W.: +++++, R. M.: +++++; iar după 6 luni R. M.: ++, R. W.: negativ).

Tratament: Neosalvarsan și bismut.

Foaia Nr. IV. — M. Nicolae, 14 ani, elev clasa IV primară, internat în spital cu diagnosticul: *Sifilis I, sifilome primare erosive pe fața flexorică a coapsei stângi.*

Antecedente heredo-colaterale: Părinții specifici, de asemenea 3 frați.

Antecedente personale: La 6 ani rușeală și tuse convulsivă.

Boala actuală: Cu 4 săptămâni înainte au apărut 2 leziuni pe coapsa stângă.

Mucoase: Normal colorate și libere.

Ganglionii: Ganglionii crurali tumefiați, duri, indolori, mobili, izolabili, lipsiți de fenomene inflamatorii.

Organe genitale: Normale, fără leziuni.

Pielea: Pe fața flexorică a coapsei stângi, treimea mijlocie, se observă 2 leziuni erosive, de mărimea unei monede de 1 leu, rotunde-ovalare, având o culoare roșie cărnoasă, suprafața netedă și regulată acoperită cu o secreție seroasă, lucioasă, marginile regulate și în planul pielei, delimitând net leziunile. La palpare se constată o infiltrație dură.

Examen bacteriologic și serologic:

4 IV.: Examen ultramicroscopic: treponemi prezenți în ambele leziuni.

5 IV.: Reacția Wassermann și Meinicke: negative, (devin pozitive în decursul tratamentului).

12. IV.: R. W.: +++++, R. M.: +++++.

Tratament: Neosalvarsan și bismut.

Foaia Nr. V. — M. Ioan, 18 ani, necăsătorit, muncitor, internat în spital cu diagnosticul: *Sifilis II, papule erosive genitale*

Antecedente heredo-colaterale: Părinții și 3 frați specifici.

Antecedente personale: La 5 ani varicelă.

Boala actuală: Datează de aproximativ 2 săptămâni și a debutat cu o leziune genitală, care prezenta o secreție abundentă. A urmat apoi o diseminare în toată sfera genitală de leziuni similare. Bolnavul recunoaște un contact sexual avut cu 4 săptămâni înainte cu o femeie „particulară”.

Mucoase: Libere și normal colorate.

Ganglionii: inguinali măriți, duri, indolori, fără fenomene inflamatorii.

Organe genitale: Prepuțul tumefiat, edemațiat și fimotic, la culoare roșie lividă, este de consistență dură la palpare. Din sacul fimotic se scurge o secreție abundentă, purulentă. În șanțul penoscrotal se observă leziuni papuloase de mărimea unor boabe de mei și mai mari, rotunde-ovalare, de culoare roșie, având suprafața erosivă turtită și prezentând o duritate la palpare. Pe scrot se observă și o leziune mai mare, având aceleași caractere descrise mai sus.

Pielea: Nu prezintă leziuni.

Examen bacteriologic și serologic:

15 IV.: Reacția Wassermann: +++++, Meinicke: +++++.

Tratament: Neosalvarsan și bismut.

Comunicând cazurile noastre, ne gândim îndure-rați la satele și cătunele noastre, în deosebi la acelea unde ajutorul medical este mai îndepărtat decât în județul nostru și unde ignoranța și neglijența duc la rezultatele triste pe care le cunoaștem din nenorocire prea bine, de aceea insistăm în deosebi asupra măsurilor preconizate de noi în articolul nostru „Activitatea Secției de boli de piele — venerice și sifilis a Spitalului

Gh. Mârzescu — Spitalul de Boli Sociale din Brașov, în ultimii 10 ani”, în deosebi asupra înarmării medicilor de circumscripțiile rurale, cu toate mijloacele moderne pentru depistarea sifilisului în primele faze, urmând ca medicii rurali să fie concentrați câteva zile la serviciile de specialitate, unde vor fi introdusi în tehnica ultramicroscopiei și li se vor ține cursuri de patologie și terapia bolilor venerice și a sifilisului. Cheltuielile s'ar amortiza foarte repede și multă muncă și capital biologic va fi crușat.



PLANȘA Nr. 2. — Sifilome extragenitale multiple pe coasta stângă (Foaia de observație Nr. IV)

Legea actuală pentru combaterea bolilor venerice începe să dea rodul binefăcător și suntem convinși — cu toate criticele ce se aduc — că însemnează un pas mare în combaterea bolilor venerice, căci duce în deosebi la trezirea din ignoranța și indolența cunoscută a masselor.

Bibliografie

1. Babeș A.: Sifilom primar dublu al buzei sup. (Spitalul, 1911, pag. 59.)
2. Arzt — Zieler: Haut- u. Geschlechtsk., vol. IV, pag. 179—192 (1934).
3. Anderson: Un cas de chancre syphilitique de la plante du pied. (Ann. de Mal. Vener., 1925, pag. 682.)

4. Copăceanu P.: Asupra unui caz rar de sifilom nasal (Spitalul, 1922, pag. 209).
5. Catona—Constantinescu: Sifilom primar conjunctival (Soc. Anatomico-Clinică, București, 30 XI. 1943).
6. Chabrol H.: Etude statistique des chancres extra-genit. Teză. (Paris, 1925.)
7. Diaciov M.: Șancrul sifilitic al pleoapelor (Cluj. Med., 1930, Nr. 2, pag. 79).
8. Fokina N.: Zur Kasuistik der extragenit. Syphil. (Zentralblatt Haut- u. Geschlk., XX, 1926, pag. 481).
9. Gougerot: Le traitement de la syphilis (1921).
10. Gomoiu V.: Ein Fall von Syphilis der Mamma (Spitalul, 41, Nr. 3, pag. 99, 1921). Referat. (Zentralbl. Haut- u. Geschlk.)
11. Halban—Seitz: Biologie u. Pathologie des Weibes. (Vol. V/1, pag. 523.)
12. Jadassohn: Handbuch der Haut- u. Geschlkr. XVI/1, pag. 75—107 (1929).
13. Jeanselme: Traité de la Syphilis. Vol. III., pag. 221—312 (1932.)
14. Nicolau S.: Sur quelques particularités morphologiques du syphilome primaire de certaines localisations. (Ann. de Mal. Vener. 23, 321, 1928.) Ref. Zentralbl. Haut- u. Geschlkr.
15. Nael P.: Localisations rares de chancre syphilitique extra-genital. (Ann. Mal. Vener., 1925, pag. 911.)
16. Norstroem—Lind: Les chancres syphilitiques extra-genit. dans les hôpitaux de Stockholm au cours d'un siècle (1821—1920). Acta Dermat., VII, 1926, pag. 466.
17. Pinard—Debray: Chancres multiples de la main. (Rev. Fr. Dermat., 9, pag. 538, 1934.)
18. Pandulescu: Sifilom primar al pleoapelor (Spitalul, 1924, p. 142).
19. Nouvelle pratique dermatologique, VIII, Vol. II, pag. 754—776 (1936).
20. Rille: La syphilis extra-genit. (Ann. Mal. Vener., XX, 1925, pag. 32).
21. Ronchesse: Sifilomi extragenitalu (Ann. Mal. Vener., XXI, 1926, pag. 14).
22. Riecke: Lehrbuch der Haut- u. Geschlk., pag. 716 (1923).
23. Simon Cl.: Questions actuelles de syphiligraphie (Legrand, 1927).
24. Sabareanu: Auftreten von Primäraffekten... (J. of cutan. gen.-urin., 1905. Referat)
25. Țârlea: Două cazuri de sifilome extragenitale localizate pe buze. (Cl. Med., 1933, Nr. 12, pag. 702.)
26. Voina A.: Extragenitale Übertragung der Syphilis (Spitalul, 41, Nr. 6, 1921. Ref.)
27. Voina A.: Syphilome primaire greffé sur une ulceration lupique. (Ann. Dermat., 7, Nr. 2, 88, 1926. Ref.)
28. Vasiliu V.: Sifilom primar al nasului. (Spitalul, 1922, pag. 164. Comunicare.)
29. Zieler: Grundriss der Geschlk. (1938), pag. 105.

SPITALUL DE BOLI SOCIALE, BRAȘOV

Medic Primar Director: Dr. Emil Colbazi.

Anghiluloză cu icter cronic, litiază biliară și diverticol duodenal, asociat cu oxiuroză, ascaridoză și trichocefaloză

de

Dr. Ovidiu Munteanu și Dr. Pavel Ciurdariu

Tulburările morbide determinate de anghilula intestinală, insuficient cunoscute, au fost studiate sub numele de anghiluloze. Acest parazit este foarte contagios și se găsește endemic în regiunea tropicală și subtropicală.

Istoria anghilulei este intim legată pe de o parte de istoria diareei, de Cochinchina, iar pe de altă parte de istoria diareei și de anemia minierilor.

Cercetările metodice au arătat că, ciclul evolutiv poate să și-l desfășoare și la temperaturi mai joase. În Europa, au fost găsiți în marile țări industriale (Germania, Belgia, Franța, Italia, etc.), nu numai — la minieri — ci și la muncitorii de pe suprafața solului, putându-se desvolta în ape stătătoare și în substanțe în descompunere.

Le Noir și Deschiens, într-o statistică făcută asupra a 2000 de afecțiunile gastro-intestinale, au găsit în 60% paraziti, dintre care anghilula este reprezentată cu 0,1%.

În România, de asemenea aparitia ei este o raritate și orice caz descoperit, merită să fie cunoscut.

Hațieganu, în anul 1914, a evidențiat pentru prima oară la autopsie leziuni intestinale cauzate de anghilule, care „cluruesc peretele intestinal”.

Cazuri sporadice de anghilulă au fost semnalate de Goia și Spârchez, într-un studiu mai amplu și amănunțit asupra parazitozelor intestinale. Între sindroamele digestive, care au survenit în Clinica Medicală din Cluj, în intervalul dela 1926—1934, au fost găsite 634 cazuri de infecții parazitare. Printre acestea au fost descrise 7 cazuri de anghilule intestinale, deci un procent de 0,6.

Posibilitatea infestațiunii cu acest parazit a fost pusă în Europa odată cu descoperirea făcută în anul 1876 la Toulon, de Normand, medic al marinei franceze, în scaunele bolnavilor veniți din Cochinchina, suferind de „diaree de Cochinchina”. Bavy il descrie sub numele de anghilula stercoralis. În 1877, Chavin găsește anghilula stercoralis în scaunele unui artilerist repatriat din Martinica, pentru diaree cronică. Boala nu era deci, specială Cochinchinei.

Acțiunea patogenică variază cu diferite specii, cu virulența lor, precum și cu rezistența organismului.

Boala are un caracter cronic, cu simptome multiple și variate.

Cazul ce-l relatăm mai jos, ilustrează aceasta.

În ziua de 3 XI. 1942, este primit în Clinica Medicală II, Cluj-Sibiu, bolnavul D. N. de 39 ani, de profesie cântăreț bisericesc, din Băile Govora, Jud. R. Vâlcea, cu: Cefalee, tulburări gastro-intestinale, astenie, anemie, subicter, melanodermie și tuse.

În antecedentele personale găsim malarie la 12 ani, dizenterie la 14 ani și bronșite repetate. Nu abuzează de beuturi alcoolice și tutun.

Boala actuală, datează de aproximativ 20 ani, debutând lent și progresiv cu tulburări gastro-intestinale: grețuri matinale și înainte de mâncare, amețeli, vărsături mucoase și biliase.

După 10 ani dela începutul bolii, simptomelor de mai sus, se adaugă colorația subicterică a conjunctivelor și tegumentelor precum și o pigmentare progresivă a acestora din urmă. Avea diaree ce alterna cu perioade de constipație, de mai multe ori pe an a avut și scaune cu sânge.

De 5—6 ani are cefalee foarte puternică, mai ales supraorbitară, cu iradiere în regiunea parietală, ce se calma mult după mâncare. Cefaleea a survenit brusc, însoțită timp de 2 săptămâni de ascensiuni febrile.

Are tuse seacă cu caracter astmatiform și din când în când expectorează o spută muco-purulentă.

Tot de atunci a avut în repetate rânduri prurit anal, perianal și nasal. Timp de 1 lună pruritul a fost generalizat și rebel, însoțit de asemenea de o diaree rebelă.

Consultă mai mulți medici, dar tratamentele recomandate au rămas fără rezultat.

De 3—4 ani are dureri în epigastru, însoțite de amețeli, ce surveniau înainte de mâncare și periodic, vara și toamna.

Bolnavul se simte foarte obosit și este adinamic. A slăbit în greutate și prezintă iritabilitate nervoasă.

Examenul obiectiv.

Conjunctivele și tegumentele sunt subicterice, hiperpigmentate, cu aspect de melanodermie.

Aparatul respirator: sonoritate pulmonară, respirație înăspriță, rari raluri ronflante și sibilante.

Aparatul circulator: nimic patologic obiectiv.

T. A. $12\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ (Recklinghausen).

Pulsul 66'.

Limba este ușor saburală. Punctele: solar și duodenal sunt dureroase.

Ficatul nu se palpează. Splina este mărită și dură. Lojele renale sunt libere. Urina galbenă-roșietică, conține urobilinogen, D = 1015. Nu conține pigmenți biliari, albumină, puroi sau zahăr. În sedimentul urinar nu găsim niciun element patologic.

Afebril. Greutatea 70 kgr.

Ex. hematologic: Gradul de anemie: hematii 3.470.000 mmc. Hgb. 82%. Val. 1,18.

Formula leucocitară: leucocitoza 6.000 mmc. Polinucl. neutrof. 57%. Polinucl. eoz. 7%. Limfociti 32%. Monociti 4%. Glicemia 0,75 gr. %₁₀₀. Rezistența globulară este normală. R. Bordet-Wassermann: negativă. V. S. H. = 2—4.

Aciditățile sucului gastric după dejunul de probă: H Cl liber = 0. Ac. totală = 14.

Radioscopia tubului digestiv. Plicele mucoasei gastrice sunt ușor îngroșate. Bulbul duodenal este separat de prima porțiune a duodenului printr-o incizură pe curbura mare. Prima porțiune este dilatată, diverticuliformă, evacuarea stomacului este normală. Ușoară stază duodenală la genuchiul inferior.

Radiografia sinusurilor feței. Sinusurile maxilare sunt omogene mai vechi.

Sondajul duodenal. Bila A este de culoare galbenă aurie, clară, cu flocoane în suspensie. Microscopic se observă câteva leucocite, hematii și multe celule epiteliale necolorate, cristale de colesterină și numeroase anghilule intestinale cu mișcări foarte iuți (larve strongiloides).

Proba Meltzer-Lyon, pozitivă. În bila B, de culoare brună și în bila C de culoare galbenă deschisă, în afară de câteva leucocite și cristale de colesterină, n'am găsit niciun element patologic.

Examenul repetat al scaunului pentru paraziți intestinali = negativ.

Reacția Gregersen = pozitivă.

Bolnavul fiind mobilizat părăsește clinica numai după trei zile dela internare fără a i se fi putut aplica vreun tratament.

Revine în clinică la 16 Dec. 1942, cu aceleași simptome ca la prima internare. Se face radioscopia stomacului și duodenului și se constată aceleași modificări. După un tratament timp de 7 zile cu thimol, bolnavul părăsește clinica.

La data de 24 Mai 1943 revine din nou în clinica noastră. Pe lângă întreg cortegiul simptomatic menționat la primele două internări, bolnavul acuză dureri surde în hipocondrul drept cu iradiere în spate.

Radioscopia stomac-duoden, este aceeași ca la prima și a doua internare.

Rezistența globulară 42—34 (normală).

Sondajul duodenal, Bila A este galbenă, citrină cu multe flocoane în suspensie. În sediment foarte multe leucocite colorate și necolorate, hematii, celule epiteliale descumate, foarte mult mucus, abundentă floră microbiană, anghilule și numeroase săruri biliare.

Bila B este ușor colorată în brun, tulbure. În sediment se găsesc multe leucocite, floră microbiană și rare anghilule (larve strongiloides).

Bilicultura. Pe mediile de cultură pe lângă ouă și larve de anghilule, a crescut floră microbiană mixtă intestinală, cu predominanța bacilului coli și proteus.

La examenul coprologic s'au găsit: larve și ouă de strongiloides stercoralis, ouă de oxiuri, ascarizi și trichocefali.

În acest tablou clinic, durerile din epigastru ce surveneau înainte de mâncare, periodic, vara și toamna, pledau pentru existența unui ulcer duodenal. La radioscopia tubului digestiv nu găsim ulcerul presupus, ci se constată o formațiune diverticuliformă pe prima porțiune a duodenului.

Dar, acest diverticol duodenal nu explică decât în parte simptomatologia acestui bolnav. Ansamblul simptomelor: Ipereozinofilia, anemia ușor hiperchromă, pruritul anal și general foarte rebel și repetat, reacția Gregersen pozitivă, ne-a determinat să ne orientăm încă dela prima internare în direcția unei parazitose intestinale, deși atunci examenul repetat al materiilor fecale a fost negativ. Confirmarea am avut-o în sondajul duodenal. Bila A conținea multe larve strongiloides vii.

De altfel, numai prin prezența în duoden a acestor larve strongiloides s'ar fi putut explica majoritatea simptomelor ce au survenit în discuția acestui caz. De asemenea formațiunea diverticuliformă și icterul cronic, foarte probabil că, sunt datorite acestor paraziți. Este greu a discuta patogeniza lor. Doar atât

putem aminti că, anghilulele fixându-se pe mucoasa intestinală și duodenală au putut cauza leziuni multiple care au dus — cunoscând antecedentele lungi — la un diverticol duodenal. Posibilitatea unui diverticol duodenal congenital am înlăturat-o, fiindcă era situat la nivelul primei porțiuni și apariția lui a coincis cu alte simptome ale acestui afecțiunii.

Pe de altă parte prezența flocoanelor, a hematiilor și numeroaselor celule epiteliale descumate necolorate în bila A, ne arată și un proces inflamator la nivelul duodenului, cauzat de anghilule. În sprijinul acestor afirmațiuni, sunt cercetările experimentale ale lui Price și Dickmans, (1929), care au semnalat adenoame multiple în duodenul unei pisici infestată printr-o anghilulă, cu tulburări funcționale ale acestui organ.

Leziunile inflamatorii dela nivelul duodenului au putut servi ca punct de plecare a unei infecții a căilor biliare și a ficatului, cauzând o hepatită icterigenă. Icterul nu putea fi interpretat ca un icter hemolitic, pentru că deși era însoțit de anemie și splenomegalie, scaunele nu erau hiperpigmentate, iar rezistența globulară era normală. Ne-am îndepărtat de presupunerea unei afecțiuni cronice a ficatului, fiindcă n'am găsit niciun simptom de ciroză biliară sau alcoolică, de t. b. c. sau filis al ficatului. Nici icter paludic nu putea fi deși avea anemie și splenomegalie, fiindcă hematozoarul palustru n'a putut fi pus în evidență în sânge, și nici icter toxic, fiindcă nu avea semne de intoxicație ca As., Ph., clorofom, etc.

Pigmentarea tegumentelor, astenia și splenomegalia ar fi putut constitui un sindrom addisonian. Dar acest bolnav n'a avut ipotensiune arterială. Melanodermia nu putea fi socotită o simplă pigmentare solară, fiindcă a fost găsită și în regiunile acoperite ale corpului. Presența lui și absența simptomelor de intoxicație cu Ag. sau As., au înlăturat posibilitatea unei melanoderмии arsenicale sau argirice. De asemenea niciun diabet bronzat nu putea fi presupus, pentru că avea hipoglicemie și nu avea hepatomegalie. Probabil că această melanodermie s'ar fi datorit icterului cronic (*melanodermie biliară*).

Tot prin prezența acestui parazit ne explicăm și tusea astmatiformă, cunoscând ciclul lui evolutiv. După cum se știe, larvele pătrunzând prin piele și mucoase ajung în torrentul circulator până în plămâni, unde stau numai câteva cre, fără a se transforma, larvele din trachee ajung în intestin unde devin adulte.

Cefaleea care a apărut brusc cu ascensiuni termice precum și punctele suborbitare dureroase, pledau pentru o sinusită maxilară dublă. Radiografia sinusurilor feței a confirmat această presupunere.

La ultima internare, pacientul prezenta simptome noi, ce pledau pentru o componentă veziculară. Bila B tulbure, cu multe leucocite în sediment, arăta și

o colecistită. Faptul că bolnavul a avut în ultimele luni pe lângă fenomenele hepato-biliare și ușoare crize veziculare, ne-a obligat să facem o explorare radiologică a vezicii biliare. Colecistografia fiind negativă ne demonstrează cu foarte multă probabilitate că este vorba de o *litiază biliară*. Icterul cronic nu putea fi datorit acestui litiază pentru că data de 10 ani.

Repetarea examenului coprologic ne-a arătat prezența unei adevărate *poliparazitoze*. În scaun pe lângă ouă de anghilule am găsit ouă de ascarizi, trichocefali și oxluri.

Menționez că, dacă este cunoscută anghiluloza complicată cu icter, după cum reiese din publicațiile *Piéri și Bouet*, al căror articol în original nu l-am putut consulta, în schimb în tratatele și literatura care mi-a stat la dispoziție în starea actuală, nu am găsit descris niciărei litiază biliare și diverticol duodenal, coexistând unei anghiluloze.

M. P. Desttrée în anul 1928, a descris 12 cazuri de diverticol duodenal, dintre care 3 cazuri au fost însoțite de icter, iar 4 cazuri aveau o simptomatologie ulcerosă. Patogenia acestor diverticoli a rămas obscură, mai ales că ei au fost găsiți la o vârstă tânără.

Studiul acestui caz, demonstrează în mod evident dificultatea diagnosticului unor asemenea cazuri cu simptome multiple și variate. Luate în parte aceste simptome diferite, ar putea justifica afecțiunile simultane de altă natură, dar al căror fond formează o asemenea afecțiune de bază polisimptomatică.

In concluzie.

Am descris un caz de anghiluloză intestinală complicată cu: icter cronic, litiază biliară și diverticol duodenal.

Anghiluloza a fost asociată cu ascaridoză, trichocefaloză și oxluroză, constituind o adevărată poliparazitoză.

Acest caz merită să fie cunoscut nu numai pentru complicațiile sale, cât și pentru raritatea acestor boale în România.

CLINICA MEDICALĂ II CLUJ-SIBIU

Director: Profesor Dr. Ioan Goia

RESUMÉ

Anguillulose avec ictère chronique, lithiase biliaire, et diverticule du duodenum, associée avec oxyurose, ascaridose et trichocephalose

Les auteurs décrivent un cas d'anguillulose intestinale, compliquée d'un ictère chronique, lithiase biliaire et diverticule du duodenum.

L'anguillulose a été associée avec oxyurose, ascaridose et trichocephalose, constituant une vraie polyparasitose.

Ce cas mérite d'être connu non seulement pour ses complications, peu connues, mais aussi pour la rareté de cette affection en Roumanie.

ZUSAMMENFASSUNG

Anguillulosis mit chronischer Gelbsucht, Cholelithiasis und Divertikel des Duodenum, dagn Oxyuriasis, Askaridose und Trichocephalosis

Die Verfasser beschreiben einen Fall von Darm Anguillulosis, kompliziert mit chronischem Ikterus, Cholelithiasis und Divertikel des Zwölffingerdarms.

Die Anguillulosis war von einer Oxyuriasis, einer Askaridose und einer wahren Polyparastose geredet werden kann.

Der Fall wurde nicht nur wegen seiner ungewohnte Komplikationen werffen bleibt sondern aus Wegen der Seltenheit dieses Leidens in Rumänien.

Probleme terapeutice

Considerațiuni asupra stadiului actual în tratamentul hipertrofiei de prostată și locul hormonoterapiei

de

Dr. I. Danicico, Dr. I. Pușcașiu și Dr. D. Bucheru

Câteva evenimente noi au venit în ultimii 10 ani să ne modifice conduita în materie de terapie în hipertrofia de prostată, această maladie particulară vârstei de peste 50 de ani și caracterizată din punct de vedere anatomic prin transformarea în tumoră benignă a glandelor uretrei supramontane, având drept consecință formarea de obstacol în evacuarea urinei.

Dintre aceste evenimente în primul rând trebuie să amintim *introducerea sulfamidelor în tratamentul afecțiunilor inflamatorii ale arboreului urinar*.

Rolul pe care infecția îl joacă în declanșarea crizelor de retenție acută în hipertrofia de prostată este bine cunoscut. *Marion* susține că 8 din 10 tumori adenomatoase la examenul microscopic prezintă semnele unei inflamații; *Prof. Țeposu* cu *Dr. Danicico*, pe 162 de cazuri examinate histologic la Institutul de anatomopatologie din Cluj, *Prof. Vasiliu*, au putut găsi semnele unui proces inflamator în 40% din cazuri; iar *Bernard Fey* merge și mai departe, când afirmă, și cu drept cuvânt, că „fără infecție adenomul oricât de mare, dă micțiuni normale”.

Prima consecință a descoperirii sulfamidelor, a fost că tratamentul conservativ prin sondaje în retențiile determinate de adenomul prostatic, ne-a dat rezultat mult superior rezultatelor ce se obțineau înaintea acestor ere. Singura condiție e, ca sulfamidele să fie administrate în doză eficace, și anume cel puțin în cantitatea de 3 grame pe zi. Retențiile acute din prima și a doua fază a hipertrofiei de prostate, prin aceste măsuri (sondaj, lavaj antiseptic și sulfamide) pot fi ușor jugulate. Ceea ce credem că e greu de influențat numai prin sulfamide, e rezidulul.

A doua consecință a introducerii sulfamidoterapiei în tratamentul adenomului, e *simplificarea terapiei radicale, chirurgicale, a adenomului prostatic*.

Și într'adevăr, motivul principal al drenajului vezicii după operația lui Freyer pentru adenom, în I-a

fază (perloada turburărilor premonitoare) și a II-a fază de evoluție (perloada retențiilor incomplete), și cu deosebire a executării în 2 timpi a acestei operații pentru adenom ajuns la a III-a fază (perloada retenției complete cu distenție), a fost tocmai infecția, sau cel puțin teama de infecție. De teama infecției pe care nu o puteam stăpâni după o prostatectomie chiar în prima și a doua fază, se drena vezica; iar pentru a combate infecția existentă în a II-a și a III-a fază, operația Freyer se făcea în doi timpi. Suferință multă pentru bolnavi și mai ales suferință de lungă durată, de cel puțin 6 săptămâni. Astăzi, datorită sulfamidoterapiei, acompaniată și de sondaje, tratamentul preoperator, prin eficacitatea lui, s'a simplificat așa de mult, încât ne permite ca aproape toate hipertrofiile de prostată să le rezolvăm într'un singur timp. Ba ceva mai mult, tratamentul preoperator ca și postoperator cu sulfamide ne permite ca după extirparea adenomului să tratăm plaga (loja) prostatică ca orice plagă, prin suturi hemostatice și să închidem vezica per primam. Este metoda lui *Harris*, care aplicată pe serii de peste 100 de cazuri de *Prof. Suter* și de *Prof. Hryntschak*, a dat vindecări 95%, succese de care urologii nu s'au putut lăuda înainte. *Prof. Hortolomei* încă întreabă încă procedeul lui *Harris*; în anul 1937 a comunicat 12 cazuri operate după acest procedeu.

* * *

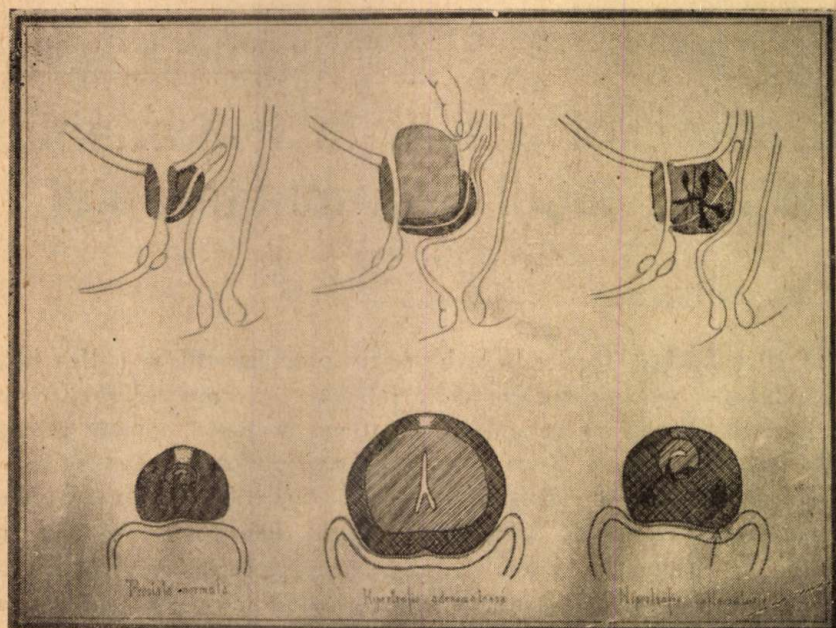
Al doilea eveniment care a modificat conduita noastră terapeutică în hipertrofia de prostată a fost *bisturiul electric și aplicarea lui în endoscopie*. Introdus în anul 1934 în terapia hipertrofiei de prostată, bisturiul electric a putut realiza ceea ce se numește *rezecția endoscopică a adenomului prostatic*. Se credea, la un moment dat, că va putea înlocui operația radicală executată pe cale transvezicală (operația Freyer). În realitate, dacă în cazul excepțional al adenomului unic

median rezecția endoscopică poate fi radicală, în toate cazurile de adenom lateral, rezecția endoscopică nu poate fi decât parțială, deci paliativă. Precedată de măsurile urologice curente și cu deosebire de un tratament desinfecțiant cu sulfamide și tratament reconfortant cu hormoni, rezecția endoscopică a prostatei a rămas apanajul hiper-

deși parțială, înlăturând obstacolul, permite restabilirea normală a fluxului urinar, și în același timp este și curativă pentru cavernele intraprostatice pe care le deschide în timpul rezecției. (Cliseu fig. 3.)

Și însfârșit, rezecția endouretrală ne poate aduce servicii mari și în neoplasmul prostatei, atâta vreme cât endoscopia e posibilă. După *Howald* (1942) rezecția endoscopică în carcinomul prostatei permite restabilirea micțiunilor normale pe toată durata vieții bolnavului, un avantaj nu tocmai de neglijat. Contrar opiniei generale, rezecția în acest caz n'ar favoriza nici infecția, nici metastazele.

În stabilirea varietății anatomice de hipertrofie de prostată (adenom, hipertrofie inflamatorie, carcinom), nu trebuie să neglijăm endoscopia și uretrografia, așa cum cu drept cuvânt insistă *Chevassu*.



Al treilea element, care a modificat în mod însemnat terapia hipertrofiei de prostată, este *tratamentul hormonal al adenomului prostatic*.

Ideea tratamentului hormonal, în speță testicular, derivă din observația bine cunoscută, că hipertrofia de prostată se

prezintă cu maximum de frecvență între 50 și 70 ani. Astfel *Marion*, pe 200 indivizi cu vârsta între 50—70 de ani, luați la întâmplare, a găsit hipertrofia de prostată perceptibilă la tușeu în 42,5%; dar hipertrofia nu s'a manifestat clinic decât în 11% din cele 200 de cazuri examinate. Ori, vârsta de 50—70 ani înseamnă declinul vieții sexuale. Era deci simplu să se facă legătură de cauzalitate între aceste două fenomene: insuficiența testiculară care se instalează predispune la formarea de adenom. Acest raționament simplu a determinat pe *Van Cappellen* să aplice, primul, tratamentul hormonal în adenomul prostatei și în anul 1933 să publice rezultatele obținute pe 12 cazuri de adenom tratate cu extractul testicular numit *hombreol*; cu acest tratament *Van Cappellen* a obținut rezultate bune. I-a urmat *Uebelhoer* (1934) cu 10 cazuri, *Weber* (1935), *Lower* (1936) cu 76 cazuri, *Illic* (1936) și *Cuneo* (1937), care întrebându-se extrase testiculare, mai mult sau mai puțin purificate, au publicat rezultate variabile.

Entuziasmul provocat de primele rezultate, a fost mare. Teoreticienii au încercat să-l exploateze pentru a descoperi cauza acestor afecțiuni particulare speciei umane, vârstele înaintate a omului, mai precis rasele albe (*Jeanbrau*), să facă o legătură de patogenie între insuficiența testiculară și apariția adenomului. *Cuneo* a fost acela care bazându-se pe date de embriologie, de endocrinologie și rezultatele terapiei hormonale, a

trofiei de prostată din cauza a trei (perioada de retenție completă cu distenție) în adenom mic și mijlociu, când într'adevăr, prin sedințe repetate, înlăturând obstacolul din fața urinei și suprimând rezidul, poate restabili pentru o perioadă micțiunilor absolute normale. *H. Friedrich* (1941) pe 319 cazuri de rezecții are o mortalitate de 8,4%, iar *Schröder* (1942) pe 230 cazuri de rezecții are o mortalitate numai de 2%. *W. Pammrich* face rezecții numai în cazuri avansate, iar *Hohenwalner* aplică rezecția cam în 40% din hipertrofii, în 60% face ectomie.

Dar repetăm, așa cum cu drept cuvânt susține și *Hohenwalner*, ca și *Hryntschak*, secretul succesului fie în ectomie, fie în rezecții, rezidă cu deosebire în prepararea urologică minuțioasă a bolnavului, preparare în care tratamentul cu sulfamide ține primul loc.

Rezecția endouretrală este suverană cu deosebire în așa numita hipertrofie inflamatorie a prostatei, hipertrofie determinată de boala diverticulară a prostatei, afecțiune bine individualizată de *Heitz-Boyer*. Spre deosebire de adenom, hipertrofia determinată de boala diverticulară a prostatei interesează cu deosebire glanda propriu zisă, deci glanda retrostincteriană; de aici lipsa unui plan de tratament. Iar consecința acestui fapt este că extirparea acestei prostate pe cale transvezicală este sau foarte laborioasă și nu lipsită de riscul răspândirii infecției sau deadreptul imposibilă. Rezecția endoscopică,

emis teoria endocriniană a hipertrofiei de prostată. Cuneo susține anume că sub acțiunea insuficienței testiculare, utricula prostatică cu glandele ei, constituind lobul utricular, vestigiul feminin (canalele lui Müller) din uretra bărbatului, ar suferi hiperplazie și ar duce la formare de adenom.

Moszkovitz și apoi Hetiz-Bryer la rândul lor, susțin că uretra prostatică prezintă două porțiuni distincte din punct de vedere embriologic: porțiunea supramontană are origine feminină, cea montană și submontană are origine masculină. Și într'adevăr, încă Motz și Pearniaux (1905) au putut arăta că numai uretra supramontană este sediul transformării adenomatoase și, mai precis, nu glandele prostatei propriu zise, ci numai glandele periuretrale ale uretrei supramontane se hipertrofiază. După Moszkovitz, această hipertrofie ar fi datorită prevalenței hormonului folicular din organismul bărbatului ajuns la vârsta de hipofuncțiune testiculară.

Dar până când o parte din cercetători (Rusch, Palmer și Kundert; Lower, De Joung) au găsit o coborîre în concentrația de hormon testicular la prostată și păstrarea valorii hormonului folicular, până atunci alți cercetători (Bühler), din contră, constată că atât hormonul testicular, cât și hormonul folicular la bătrânețe sunt în declin sau chiar dispar.

Iar cât privește rolul utreculei, după Marion și Champy, ea nu este interesată în formațiunea adenomatoasă, iar în timpul unei adenomectomii bine condusă nu este extirpată, ea fiind situată în plin verumontanum care se păstrează.

Totuși ipoteza unei hiperactivități foliculare cu repercusiunile asupra uretrei supramontane, are încă mulți aderenți chiar și în publicațiile din ultimii doi ani (Zettel, Geisendorfer).

Dar nu este exclusă nici intervenția altor glande cu secreție internă. Astfel Wugmeister crede că antehipofiza ar avea un rol în declanșarea hipertrofiei de prostată. Prolanul A și B (sau numai B) ar fi adevăratul agent hipertrofiant al prostatei. Mc. Cullag crede în schimb că antihipofiza ar influența prostata numai în mod indirect și anume prin intermediul celulelor interstițiale ale lui Leydig, care la rândul lor ar stimula dezvoltarea prostatei. Iar Tracy O. Powel a observat apariția hipertrofiei de prostată la un adolescent după tratament cu hormon gonadotrop pentru criptorhidie. În literatura românească, rolul hipofizei este susținut cu o bogăție de argumente de Milcu și Țurui, de Romulus, toți din școala Prof. Parhon. Iată cum formulează Milcu și Țurui ipoteza originii hipofizare a adenomului prostatic: o hipofuncțiune hipofizară care este primul movens și care acționează asupra testiculului; testiculele la rândul lor trebuie să prezinte linia interstițială capabilă să reacționeze la stimulul hipofizar; linia seminiferă fiind alterată

(din cauza bătrâneții), această stimulare comună hipofizo-testiculară acționează asupra prostatei; din prostată segmentul glandular periuretral e singurul care este capabil să reacționeze prin hipertrofie și hiperplazie ducând la producerea adenomului de prostată.

Partea dificilă a hipotezelor mai sus specificate este că ele nu pot avea o bază experimentală: adenomul prostatei este specific exclusiv rasei umane; la om adenomul nu se dezvoltă din glanda prostatică, ci din glandele uretrei supramontane; iar modificările obținute pe animale interesează glanda prostatică propriu zisă.

Dar dacă hormonoterapia n'a fost fertilă în a ne elucidă maladia adenomatoasă din prostată, în schimb a avut fericele consecințe de a ne realiza hormonul sintetic al testiculului și astfel a-l face mai accesibil teraputic. Astfel, în anul 1935, Laqueur și colaboratorii săi (David, Dingenmase și Freud) au putut să izoleze, prin purificarea extractului testicular, o substanță cristalizabilă, pe care au numit-o „testosteron”. În același an alți cercetători, în mod simultan, dar cu totul independent, Butenand și Ruzicka, au putut să realizeze sinteza acestei substanțe sub două forme, și anume acetat de testosteron și propionat de testosteron. În comerț actual se află răspândit propionatul de testosteron, care după Laqueur ar fi de $2\frac{1}{2}$ ori mai activ decât acetatul de testosteron, se găsește în soluții oleoase în doza de 5, 10 și 25 mgr. și sub numiri variabile, după casa preparatoare: Anertanul casei Boeringer, Testovironul casei Schering, Sterandrylul casei Dr. Roussel și Neohombreolul casei Organon-Oss.

Odată preparatele sintetice intrate în comerț, au dat posibilitate la aplicarea lor pe scară înfrântă în teraputica hipertrofiei de prostată. Astfel Laroche, în colaborare cu Marsan, Bompard și Corcos, în 1937 prezintă rezultatele obținute pe 35 de cazuri tratate cu propionat de testosteron. Și iată rezultatele la care au ajuns acești autori: În 18 cazuri de retenții cronice complete, de 13 ori (72%) au obținut restabilirea spontană a micțiunilor; în 12 cazuri de retenții cronice incomplete au putut să obțină dispariția sau diminuarea sensibilă a rezidului în 5 cazuri; în 3 cazuri de prostatism au obținut o ușurare a turburărilor disurice și a polachiuriei; și înfrânt în 2 cazuri de hipertrofie de prostată pe teren diabetic încă au obținut ameliorare, dar mai puțin demonstrativă.

Au mai comunicat apoi rezultate asemănătoare Champy, Heitz-Boyer și Conjard (1937 și 1938) cu extract lipoidic de hormon testicular; deasemenea Strom, Edelson și Merymann.

A. Cassuto (1938) pe 35 cazuri, în care a întrebunțat Anertanul, observă că simptomul cel mai influențat este polachiuria: în 26 cazuri prin tratament hormonal bolnavii au putut fi debarasați de acest simptom neplăcut. În schimb marii retenționiști profită foarte

puțin: abla în 8 cazuri a putut fi redus rezidul în așa măsură încât se poate vorbi de înlăturarea retenției. Iar starea anatomică a prostatei abla în 5 cazuri a putut fi influențată în sensul că se poate vorbi de o diminuare a consistenței. Au mai putut fi influențate favorabil azotemia în 10 cazuri și presiunea arterială maximă în 20 de cazuri.

Obersoltzer (1938) pe 23 cazuri de hipertrofie de prostată tratate cu propionat de testosteron, în doza zilnică de 5—10 mgr., a avut în 80% ameliorări și în succese în 20% din cazuri.

Jehn (1939) crede că hormonoterapia ar putea servi de probă în diagnosticul diferențial: adenomul se reduce, prostata neoplazică nu se reduce, sub acțiunea tratamentului hormonal. Geisendorfer găsește că terapia hormonală dă modificări obiective numai în primul stadiu; în stadiul al II-lea se obțin numai modificări subiective.

Zettel (1941) găsește că hormonoterapia este eficace numai în I-ul și al II-lea stadiu al hipertrofiei de prostată; în stadiul al III-lea e adjuvant bun pentru prepararea bolnavului în vederea operației.

Boeminghaus (1941) pentru profilaxia hipertrofiei de prostată recomandă 2 măsuri: 1. terapia hormonală profilactică și 2. rezecția profilactică a elementelor predispușe din uretra prostatică pentru dezvoltarea de adenom, uretra supramontană în speță.

În general toți autorii sunt de acord în a susține că opoterapia testiculară influențează în bine și starea generală. Datorită ameliorării fenomenelor locale de o parte, ca și datorită îmbunătățirii stării generale de altă parte, acești bolnavi deprimați, apatici și lipsiți de forță fizică, devin din nou bine dispuși, vioi și activi. Dar deși fenomenele locale, clinice și starea generală sunt așa de favorabil influențate, trebuie să recunoaștem, împreună cu toți autorii, că anatomic adenomul nu este influențat.

Examinările histologice, făcute pe prostate tratate cu hormoni și prostate netratate, n'au putut arăta nici o deosebire de structură, nici ca număr de acini, nici ca dispoziția a țesutului interstițial (Heckel, 1940).

De aceea se discută încă mult mecanismul acțiunii hormonoterapiei testiculare în hipertrofia de prostată. După ce aproape este evident că adenomul propriu zis nu este influențat, rămâne ca mecanismul acțiunii favorabile a hormonoterapiei să fie căutat în fenomenele de însoțire. Dintre aceste fenomene, hipotonia și apoi atonia detrusorului, e prima și cea mai importantă consecință a barajului incomplet ce-l constituie adenomul în fața trecerii urinei. E nevoie de un anumit efort supraadăugat, ca urina reziduală din vezică, să fie evacuată. Hormonoterapia testiculară tonifiind mușchiul detrusor, face ca obstacolul să fie învins pe o perioadă mult mai lungă și, cu aceasta, să reducă sau chiar să înlăture

rezidul vezical. Odată înlăturat rezidul vezical, și fenomenele clinice secundare lui, ca dizuria, polachiuria, posibilitatea de infecție a urinei, se atenuează sau dispar.

De altă parte se știe că adenomul prostatic ca entitate anatomică prin el însuși nu explică barajul, fiindcă uretra nu este stenozată, ci din contră, lărgită anteroposterior și alungită în porțiunea ei prostatică. Se crede deci, că în producerea barajului, în producerea retenției acute în special, intervine *spasmul sfincterului intern*, spasm determinat de distensunea lui excentrică excesivă. Hormonoterapia n'ar face decât să înlăture acest spasm și deci să micșoreze rezistența la pasajul urinei (Heitz-Boyer).

Și în fine, în retenția acută în special, *congestia simplă sau inflamatorie* încă joacă rol însemnat în provocarea barajului. Din observația clinică se știe, că este suficient ca prostaticul să consume o cantitate neînsemnată de alcool, pentru ca retenția acută să se instaleze. Contribue și cantitatea de lichid ingerată, dar mai contribuie și efectul congestiv pelvian al alcoolului, la accentuarea procesului de baraj. De altă parte se știe de asemenea că infecția urinei are același efect. Se prea poate ca hormonoterapia testiculară să influențeze aceste procese congestive sau inflamatorii. Se mai poate ca efectul hormonoterapiei să albe și altă cale de acțiune, influențând și alte glande cu secreție internă și în special hipofiza, iar acestea la rândul lor să albe acțiune favorabilă, inhibitorie în speță, asupra tumorii prostatice și în mod indirect asupra fenomenelor ei de însoțire.

Pozologia propionatului de testosteron, după literatură care am consultat-o și după experiența pe care am câștigat-o în legătură cu cazurile noastre, pe care le vom expune, ar fi următoarea: În retenția acută, pe lângă tratamentul urologic de răgoare (sondaje aseptice, combaterea infecției, dacă există), se pot administra zilnic 25 mgr. de testosteron până la restabilirea mișcărilor spontane, deci timp de 3—10 zile, după gravitatea retenției. Se va continua apoi zilnic cu 10 mgr. până la reducerea simțitoare a rezidului, timp de alte 10—20 zile. Iar doza de întreținere ar fi de 10 mgr. săptămânal, timp nedefinit.

În cazurile care se prezintă în afară de criză, deci urinează spontan, dar incomplet, ne vom putea mulțumi cu doza de II dela început, adică să administrăm zilnic 10 mgr. de testosteron timp de 10—20 zile, până la reducerea simțitoare sau completă a rezidului. Vom continua apoi cu doza de întreținere săptămânală de 10 mgr., ca mai sus. În faza incipientă de hipertrofie de prostată ne vom mulțumi cu doza de întreținere.

* * *

În Spitalul de Stat din Oravița, în ultimii 4 ani am operat 11 cazuri de hipertrofie de prostată și am avut în tratament conservativ hormonal alte 8 cazuri.



Experiențe de digestie cu Luizym

Stânga: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de diastază; reziduu: 6 gr.

Dreapta: 10 gr. cuburi de castraveți agitați timp de 1 oră cu 20 cmc. soluție de Luizym; reziduu: 2,6 gr.

Stările terapeutice și efectul digestiv auxiliar al fermenților cari despică celuloza în fenomenele dispeptice fermentative, au fost perfect caracterizate prin cele expuse mai jos:

Celulazele și hemicelulazele sunt într'un anumit sens considerate ca îndrumătoare, pioniere pentru fermenții digestivi, cărora le ușurează intrarea în interiorul celulelor vegetale prin dilatarea orificiului natural de pătrundere. Ele susțin digestia alimentelor, permit o cât mai completă folosire a lor și împiedică, ca conținutul nedigerat al celulei să cauzeze disbacterioză în secțiunile inferioare ale intestinului și să formeze astfel cauza principală a putrefacției intestinale și a meteorizmului.

Gavrila, „WIENER MEDIZINISCHE WOCHENSCHRIFT“
1942, Nr. 50.

LUIZYM

PREPARATUL DE FERMENTI VEGETALI CU CELULAZĂ
ȘI HEMICELULAZĂ ALĂTURI DE AMILAZE, PROTEAZE etc.

la insuficiențe digestive față de alimente vegetale
precum și la dispepsii fermentative și a stărilor lor consecutive.

Tablete — Dragee

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție.

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD“ S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică Nr. 8



BRONCHOTIOFAN

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

Sirop

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

Tablete

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Sirop

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonare

SULFAZOL

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Tablete

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicat

Fabrica HYGEA-CLUJ S. A. R. București

PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44

Dintre cazurile operate, în 9 cazuri am intervenit în 2 timpi, fiindcă toate aceste cazuri s'au prezentat în perioada a III-ea, fază de distensune; unul din ele, un bărbat în vârstă de 74 de ani, adipos, a sucombat la 6 zile după cistostomie prin embolie pulmonară. Timpul al II-lea a putut fi executat în medie după 19 zile de la prima operație. Intrebunțarea sulfamidelor ne-a fost de tin real folos în prepararea timpului I și II al intervenției, pe lângă celelalte măsuri urologice; șocul postoperator după enucleare a fost mult mai atenuat datorită acestor preparări.

În două cazuri prezentate în faza a II-a de evoluție, prostatectomia a putut fi executată într'un singur timp, dar din cauza infecției puternice a urinei — infecție întrefăcută într'un caz și de prezența unui calcul — n'am putut închide vezica.

De remarcat că unul din aceste cazuri a urmat și tratament hormonal destul de îndelungat, timp de un an aproape; la intervenție am găsit un lob median de mărimea unei nuci. Hormonoterapia n'a putut să restabilească micțiunile normale, astfel că bolnavul timp de un an de zile se sonda zilnic, de două-trei ori.

Cele 9 cazuri care urmează sau au urmat tratament hormonal merită să fie redactate în rezumat în mod individual.

Obs. 1. — G. Cojocar, de 60 de ani. Turburări de micțiuni care datează de o jumătate de an. Se prezintă la noi, la 20 Mai 1940, cu retenția acută totală, datând de 24 de ore. Prostata, de mărimea unei nuci, are toate caracteristicile unui adenom. Urina clară, fără microbi. Instituiam tratament hormonal, injecții zilnice de propionat de testosteron (Sterandryl) în doze de 5 mgr. și 2 sondaje pe zi timp de o săptămână și sulfamidol per os (8 pastile pe zi). În acest timp cu a treia zi se restabilesc și micțiuni spontane. Dar rezidiul nu dispăre decât la sfârșitul săptămânei; a 2-a săptămână controlul vezicii din 2 în 2 zile, urmat de injecție de sterandryl. A 3-9-a săptămână un singur control al rezidiului și o singură injecție de sterandryl pe săptămână. La acest din urmă control n'a mai avut reziduu. De atunci, deși prostata nu a diminuat în mod perceptibil, bolnavul, pe care-l avem sub control periodic, nu mai prezintă nici o turburare urinară. A primit în total 80 mgr. sterandryl.

Obs. 2. — P., funcționar, 69 de ani, se prezintă la Spital pe ziua de 11 Ianuarie 1941, cu retenție acută completă de urină. La vârsta de 26 de ani a avut o baciloză pulmonară pentru care a urmat tratament sanatorial. O blenoragie pe la aceeași vârstă. De 10 luni urinează mai greu, e nevoit să urineze și în timpul nopții, odată până la de două ori. De 24 ore retenție totală, de urină. Obiectiv emfizem pulmonar pe o veche baciloză și miocardită cronică. Local globul vezical atinge $\frac{1}{2}$ liniei pubo-ombilicale. Prostata, de mărimea unei mandarine, regulată, netedă, cu șanț median, bine delimitată și nesensibilă. Uretra abia permeabilă pentru sonde de calibru 10 Ch. Evacuăm în mod lent 2 kgr. de urină. Urina turbure, cu albumină și puroi pozitiv (++), iar în sediment hematii, leucocite și b. coli. Stabilim diagnosticul de hipertrofie de prostată în criză de retenție acută, stricturi largi și infecție urinară colibacilară.

Sondă à demeure pe timp de 48 ore, pentru ca să calibrăm uretra; la interior sulfamidol. După 2 zile suprimăm sonda pentru ca să facem 2 sondaje pe zi. În același timp începem un tratament

cu propionat de testosteron în doză zilnică de 10 mgr. Abia în ziua a 14-a de tratament apar și micțiuni spontane, dar în cantitate foarte redusă. Abia după o lună de tratament, cu două sondaje pe zi, și 120 mgr. de testosteron, în total, rezidiul se reduce la 30-50 cc., urinele devenind clare. Începând cu a doua lună de tratament reducem sondajele la unul pe zi și administrăm 10 mgr. de testosteron pe săptămână. În a treia lună de tratament ne mulțumim cu 2 sondaje săptămânale și 10 mgr. testosteron pe săptămână. În a patra lună de tratament 2 sondaje săptămânale și 10 mgr. testosteron pe săptămână. Micțiunile sunt spontane, totuși bolnavul observă că dimineața micțiunile pornesc greu. La toșeu, făcut după 4 luni de tratament, am găsit prostata ceva mai redusă de volum decât la prima noastră examinare, iar rezidiul oscila între 20-30 cc., cu urini clare. A cincia și a șasea lună câte un control săptămânal cu câte o injecție de sterandryl (10 mgr.), ca apoi începând cu a șaptea lună și până în prezent să ne mulțumim cu un control lunar și o injecție de hormon testicular tot la a doua ședință. Controlul acesta este necesar, fiindcă bolnavul, pe lângă adenom, mai prezintă și stricturi largi scleroase (Ch. 10) cari nu cedează. Dar urinele se mențin clare, iar rezidiul nu întrece 10 cc.

Obs. 3. — W., tipograf, 67 ani. Se prezintă la noi pe ziua de 26 I. 1941, cu polachiurie nocturnă și uneori disurie, datând de $\frac{1}{2}$ an. Prostata cât o nucă. Rezidiul 30 cc. Urinele clare, neinfectate. Ne mulțumim cu tratament hormonal: Anertan 25 mgr., o injecție pe săptămână. După a 8-a injecție rezidiul dispărut, turburările de micțiune încă dispărute. Starea se menține și actual.

Obs. 4. — Z., dogar, 68 ani. Se prezintă la noi cu retenția completă, în ziua de 15 Mai 1941. Prostata aproape cât o mandarină. Urina clară. Tratament: timp de o săptămână sondaj zilnic, urmat de lavaj, sulfamidol per os și zilnic 25 mgr. sterandryl; a doua săptămână, sondaj tot a doua zi, sulfamidol și injecție de sterandryl. Timp de 4 săptămâni un singur control pe săptămână urmat de injecție de sterandryl. La sfârșitul tratamentului rezidiul sub 10 cc. Timp de aproape 2 ani, bine. La 7 Martie 1943 din nou retenție acută; cu tratamentul anterior din nou restabilim echilibrul micțiunilor.

Obs. 5. — C., preot, 65 ani. De 12 ani se știe că are prostata mărită. Din luna Iulie 1941 urinează mai des și ziua și noaptea. Se prezintă la noi pe ziua de 22 IX. 1941. Prostata de mărimea unei nuci. Rezidiul 20 cc. Urina ușor turbure cu b. coli. Tratament: timp de o săptămână spălături vezicale zilnice, Eleudron per os (6 pastile pe zi) și zilnic injecție de sterandryl 25 mgr. După o săptămână de tratament fără nici o turburare. De atunci această stare se menține.

Obs. 6. — C., comerciant, 78 ani. Se prezintă la noi pe ziua de 5 August 1942. De $\frac{1}{2}$ an micțiuni nocturne frecvente și disurie. Prostata de mărimea unei castane, rezidiul 15 cc., urini clare. De 2 ori pe săptămână sondaj urmat de injecție de sterandryl 25 mgr.; 8 ședințe în total. Toate turburările dispar. În luna Iulie 1943 ușoară recidivă, care cedează după 4 ședințe de sondaj și 4 injecții de sterandryl; o ședință pe săptămână.

Obs. 7. — J., pensionar, 77 ani. Vine la noi cu retenție acută pe ziua de 4 Oct. 1942. De o lună micțiuni foarte frecvente și dureroase. Prostata de mărimea unei castane. Urinele turburi, cu bacili coli. Tratament: Eleudron (6 pastile pe zi), sondaj și lavaj vezical, Anertan 25 mgr. pe zi, timp de o săptămână; apoi sondajul poate fi redus pentru tot a doua zi, deasemenea și injecția de Anertan, până la sfârșitul lunii; 5 ședințe în luna Noemvrie și 6 ședințe în luna Decemvrie, la intervale de câte 5-6 zile. La sfârșitul tratamentului prostata ceva mai diminuată, vezica fără reziduu. De atunci fără nici o turburare.

Obs. 8 — F., comerciant, 69 ani. Se prezintă la noi pe ziua de 4 Ianuarie 1943 cu sondă a demeure, aplicată de un confrate cu 8 zile înainte pentru retenție acută. De 2 luni, micțiuni frecvente și foarte dificile. Prostata de mărimea unei mandarine, urinele tulburi cu floră mixtă. Hemiplegie stg. de 10 ani. Timp de 5 zile suntem nevoiți să menținem și noi sonda a demeure; și în acest timp lavaje vezicale zilnice, Eleudron 6 pastile pe zi și zilnic o injecție de Anertan, 25 mgr. A 6-a zi putem suprima sonda; timp de 5 zile lavaje vezicale zilnice, Eleudron 3 pastile pe zi și zilnic o injecție de sterandryl. Restabilindu-se micțiunile spontane, în luna Februarie și luna Martie în fiecare săptămână un lavaj vezical și Erugon în injecție. Incepând cu luna Aprilie și până în prezent, un control lunar urmat de câte o injecție cu Erugon. Urinele se mențin clare, rezidiul pe la 10 cc.; nu prezintă turburări subiective.

Obs. 9. — L. N., preot, se prezintă la Spital pe ziua de 22 Martie 1943. De 2 ani polachiurie nocturnă și disurie. După un an de boală ne consultă. Constatăm hipertrofia lobului median al prostatei, cu urini infectate și rezidui de 50 cc. Neputând urma tratament la noi, prescriem spălături vezicale, cură cu Eleudron și injecții de sterandryl, 25 mgr., 8 fiole în total. Ameliorarea numai trecătoare. De 1/2 an se sondează singur, de 3 ori pe zi; în mod sporadic face tratament și cu Eleudron. La prezentare, prostata de mărimea unei nuci; rezidiul 250 cc., urinele cu floră mixtă abondentă; la cistoscopie lob median. Preparăm bolnavul cu spălături zilnice (2 pe zi) și cură masivă de Eleudron. După o preparare de 8 zile, ureia 0,36‰; constanta 0,081, flora microbiană mult diminuată. Operație: la 31 Martie 1943, sub rachianestezie, extirpăm într'un singur timp un adenom prostatic de mărimea unei nuci, situat median și proeminând în formă de col în vezică. Două sonde Petzer în vezică. La 30 Aprilie părăsește spitalul vindecat.

Rezumând, noi am avut 9 cazuri de adenom tratate cu hormon testicular; 4 din acestea (Obs. 1, 3, 5, 6,) pot fi considerate ca în prima fază de evoluție și cinci cazuri (Obs. 2, 4, 7, 8 și 9,) în a doua fază de evoluție. Din cele 4 cazuri din prima fază de evoluție un caz (Obs. 1.) s'a prezentat în retenție acută fără distenție; Din cele 5 cazuri în faza a doua de evoluție patru cazuri (Obs. 2, 4, 7, 8,) s'au prezentat în retenție acută, iar al cincilea caz (Obs. 9.) în fază de retenție cronică cu sondaje.

În 8 cazuri efectul tratamentului nostru a fost prompt, în sensul că prin lavaje, administrare de sulfamide și injecții cu hormon testicular (Sterandryl, Testoviron, sau Anertan) am putut readuce bolnavi într'o situație apropiată de normal și compatibilă cu existența potrivită vârstei, putând toți să-și vadă de ocupațiile lor. Unul singur, cazul 9, a prezentat numai ameliorare trecătoare; agravarea ce la urmat, se datorește perzistenței obstacolului, un lob median și în parte infecției urinelor, infecție determinată de sondajele pe care și le practica singur.

În faza I-a a bolii, o retenție acută poate fi înlăturată și cu măsurile urologice simple și urmate apoi de măsurile igienice, bolnavul poate duce mult timp, chiar ani de zile fără să se resimtă de afecțiunea lui care în mod lent evoluează. Deci faptul că noi am jugulat o

retenție acută și am ameliorat 3 cazuri de tulburări în micțiune n'ar fi un criteriu de o deosebită eficacitate a tratamentului hormonal în prima fază, mai ales că efectul acestui tratament va trebui împărțit și cu acțiunea sulfamidelor. Numai puțin adevărat însă că rezultatul cu acest tratament e mai prompt și credem că și mai durabil.

Faza a 2-a în schimb până acum n'a putut fi influențată în mod durabil de măsurile urologice curente și mersul spre distenție era inevitabil, dacă nu se intervenea la timp. Iar distenția, afectuarea arborelui urinar superior, așa cum în mod magistral o arată Prof. Hortolomei, începe cu primul reziduu și culminează atunci când reziduu întreține urina ce bolnavul o poate evacua spontan. Prin faptul că noi în 4 cazuri prin tratament cu hormon am putut suprima sau reduce la minimum reziduu, credem că am servit cauza suficient, chiar dacă n'am făcut decât să îndreptăm faza inevitabilă a distenției. Dar, ceea ce după observația noastră se influențează cu deosebire în bine este starea generală: din apatie și lipsă de forță acești bolnavi devin vioi și cu putere de muncă.

Dacă numai atât ne-ar da hormonoterapia în materie de hipertrofie de prostată, ar fi mult, pentru vârsta bolnavilor. Credem însă că nici adenomul nu rămâne neinfluențat. Nu în structura lui tumorală, ci în fenomenele care îl favorizează dezvoltarea (inflamații cronice) și cu deosebire în fenomenele secundare pe care prezența adenomului le provoacă și anume: tulburări congestive, acțiunea lui toxică asupra organismului *Body și Bery* au găsit în toate cazurile de adenom *lipo-penie*, semn de tulburare profundă în metabolismul bazal, lipo-penilecare dispăre după extirparea adenomului și alte fenomene care observația noastră încă nu le-a putut sesiza.

Potrivită sub acest unghi, hormonoterapia ne pare un real progres în terapia hipertrofiei de prostată. Iar dacă am încerca să o încadrăm și mai precis în metodele actuale de tratament, noi l-am formula următoarele indicații:

În stadiul I de evoluție, hormonoterapia ar putea să îndepărteze timpul de apariție al reziduiului; în acest timp s'ar putea realiza cura radicală pe cale endoscopică a unui adenom median.

În stadiul al II-lea prin faptul că hormonoterapia înlătură reziduu și deci și iminența instalării distenției, hormonoterapia ar putea să amâne operația pentru un timp mai propice și în condiții optime, făcând posibilă și cura după Harris;

În stadiul al III-lea hormonoterapia, alături de măsurile urologice clasice, dă posibilitatea remontării bolnavului într'un timp mai scurt și eventual posibilitatea operației într'un singur timp, dacă remontarea este în general posibilă.

Concluziuni

Terapeutica actuală a hipertrofiei de prostată, în sulfamide, în rezecția pe cale endoscopică și în hormonoterapie, a câștigat prețioase achiziții.

Sulfamidele ne permit să stăpânim infecția cu mai multă certitudine decât până la descoperirea lor; atât tratamentul medical cât și cura endoscopică și cura chirurgicală au câștigat în precizie prin introducerea sulfamidelor în terapeutica urologică.

Rezecția endouretrală e un adjuvant bun în adenomele lobului median, ca în cura paliativă a stadiului III o hipertrofiei de prostată.

Hormonoterapia constituie un adjuvant prețios în tratamentul celor 3 faze din evoluția adenomului; ea pentru faza I-a și a II-a face posibilă temporizarea; intervenții chirurgicale pentru faza III, face posibilă prepararea mai eficace pentru intervenția endoscopică sau eventual chirurgicală.

Bibliographie

Arnold, Hamperl, Holtz, Junkmann et Marx: Arch. exp. Path., 1937, 168, fasc. I. — Bauer und Knauer: Zur Klinik der sogenannten Prostatahypertrophie M. med. — Dr. E. Bologa: Antagonismul hormonilor sexuali Ardealul Medical, Nr. 1—3, 1941, p. 35. — Boeminghaus: Frühbehandlung des Prostatikers. Med. Welt, 1941, H. 6—7. — Boeminghaus: Dtsch med Wschr., 1937, p. 1548. — Boshamer: Z. f. urol. Chir. u. Gyn., 1939, 45, 16. — E. M. Boyd et N. E. Bery: The J. of Urol., 41/1939. (Journ. d'Urol. 48. — Cassutto: Journ. d'Urol. T. 46, No. 1, juillet 1938. — Mc. Callum: Physiolog. Rev., 1937, 1773. — Mc. Cullag: J. of Urol., 1936, 34. No. 6, 670. — Cuneo et Jomain: La Presse Médicale, 1938, p. 913. — Champy et Heitz-Boyer: Bull Acad. Méd., Paris, 1937. — Van Chappellen: Dtsch. Med. Wschr., 1933. No. 19, p. 726. — Chevassu: Académie de Chirurgie, 1940, p. 479. — B. Fey: Les formes anatomiques de la maladie prostatique. Académie de Chirurgie, Séance du 24 avril 1940. — H. Friedrich: Die Electro-Resection bei Prostata-Adenom und Prostata-Karzinom, ein selbständiger, der Radikaloperation oft überlegener Eingriff. Z. Urol., 33, 1941. S. 333. — Geisendörfer: „Prostata“ Geschlechtshormone und Genese der sogenannten Prostatahypertrophie. Johann Ambrosius Barth, 1940. — Heckel: N. 3, Journ. of Urol., 1940. — M. Heitz-Boyer: Rôle de la prostatite chronique dans la maladie dite „hypertrophie de la prostate“ etc. Académie de Chirurgie, Séance du 24 avril 1940, p. 440—474. — I. Hohenwalner: Beitrag zur Frage des transurethralen Prostataresektion. Zentralblatt f. Chirurgie, 1942, Nr. 50, S. 1967. — Hortolomei și Cojan: Rezultatele obținute în sutura cavității rămase după enuclearea adenomului prostatic. Rev. Rom. de Urol., 1937, p. 388. — Hortolomei și Streja: Les troubles de l'évacuation urinaire au cours de l'hypertrophie de la prostate. Revista Română de Urologie, 1939, p. 1—19. — Hortolomei și Olănescu: Efectul turburărilor de evacuare a vezicii asupra aparatului cardiovascular. Revista Română de Urologie, No. 3—4/1943. — Hryntschak: Weiterer Bericht zur suprapubischen Prostataktomie mit primären Blasenverschluss. Zentralblatt f. Chirurgie, 1943, No. 39, S. 1404—1406. — Ilic. Terap. Vjesnic, 6, 1936. — Jeanbrau: Tumeurs benignes de la prostate. Précis de pathologie chirurgicale. Masson, 1937. — Laroche G., Marsan, Bompard et Corcos: Presse Méd., 1937, No. 50, p. 932. — Laqueur: Schweiz. med. Wschr., 1939, 49. — Milcu și Țurui: Comparatie între hipertrofia de prostată obținută experimental la animale și

adenomul prostatic la om. Rev. Rom. de Urologie, 1942, p. 86—97. — Maissonnet: Adenome ou hypertrophie de la prostate. Nouveau traité de pathologie chirurgicale. G. Doin, 1933. — Marion: Traité d'Urologie. Masson, 1928. — Oberholzer: Arch. ital. Urol., 1938, p. 181—126. — Olariu, Gherasim și Garotescu: La prostatectomie Freyer sans tamponnement. Rev. Rom. de Urologie, 1936, p. 445. — Parhon: Une hypothèse sur la pathogenie de l'hypertrophie prostatique des vieillards. Rev. Rom. de Urologie, 1934, p. 444. — Petit, Gley et Bérant: Bull. Acad. Med., 121, 1939, p. 430—444. — W. Pommrich: Z. f. Chir., 1941, S. 2249. — Romulus I. D.: Teză, Tiparul Rom., Buc., Sărindar 16, 1940. — Rusch, Palmer et Kundert: J. of Urol., 1937, p. 316. — Schlaginweit: Hormone statt Messer. Prostatavergrößerung heilbar. Z. Urol., 34, 505/510, 1940. — Schröder: Die Anzeige zur Electroresektion bei Prostatahypertrophie. Z. f. Chir., 1942, Nr. 25. — Suter: Die Nahtversorgung der Enucleationswunde nach der suprapubischen Prostataektomie. Z. f. Chir., 1942, Nr. 27. — Țeposu și Danicico: Al V-lea Congres Rom. de Urol., București, 1935, vol. 3, p. 125—134. — Tracy o Powel: The J. of Urol., 41, No. 2, 1939, p. 206—210. — Uebelhoer: Med. Klin., 30, 1939, 5785. — Wehner E.: Die Chirurgie der Prostata und der Samenblasen. Die Chirurgie, 1942, Bd. 7, S. 830—860. — P. Zehn: Die Prostatahypertrophie. Fortsch. Ther., 1939, 496. — Zettel: Der Einfluss der Keimdrüsen auf die sogenannten Prostatahypertrophie. Z. f. Chir., Nr. 37, 1941, S. 1742.

SPITALUL DE STAT, ORAVIȚA
Medic Primar Director: Dr. I. Danicico.

RESUMÉ

Considérations sur l'état actuel du traitement de l'hypertrophie de la prostate et la place de l'hormonothérapie

L'introduction des sulfamides, la résection par voie endourétrale de l'adénome et le traitement hormonal ont beaucoup modifié la conduite des urologues dans la thérapeutique de l'adénome de la prostate.

Telles, les sulfamides qui attaquent l'infection, un des facteurs, qui déclenche la rétention aiguë dans l'hypertrophie de la prostate et qui au cours des interventions amène tant de complications, ont fait plus efficaces, autant le traitement urologique conservateur, que le traitement radical; l'opération d'Harris a beaucoup plus de chances (l'extirpation de l'adénome dans un seul temps, suivie de la suture de la loge et de la vessie).

La résection par voie endourétrale de l'adénome, nous a donné un nouveau moyen de traitement de l'adénome median au début, traitement qui peut être radical, de même que, dans les adénomes avancés de la III-ème période, dans lesquels la résection partielle, c'est à dire palliative, permet la miction normale, et qui remplace par conséquent, soit la sonde à demeure, soit la cystostomie.

La thérapeutique de l'adénome de la prostate a trouvé dans l'hormonothérapie un précieux adjuvant. L'hormone testiculaire a une action: tonifiante sur le muscle detrusor de la vessie; inhibitrice sur le spasme du sphincter lisse, qui est la cause principale de la rétention aiguë, anticongestive pelvienne et tonifiante générale.

Grâce aux moyens urologiques classiques (sondage, lavage) associés aux sulfamido- et hormonothérapies, la rétention aiguë d'urine peut être traitée avec beaucoup plus d'efficacité.

L'évolution de l'adénome de la I-ère et II-ème période peut être ralentie, et l'adénome de la III-ème phase, amélioré.

Les auteurs présentent 9 cas d'adénome prostatique en observation entre 1 et 3 ans, traités par les hormones (Sterandryl, Anertan, Testoviron, Neo-Hobreol). Dans 4 cas, de la 1-ère période, les troubles caractéristiques ont été supprimés; dans 4 cas, de la 11-ème période, le résidu a été réduit à 10 cc.; et un dernier cas de la 11-ème période, n'a pas été influencé par ce traitement. En échange, ils l'ont pu opérer en un seul temps.

ZUSAMMENFASSUNG

Mitteilungen über das aktuelle Stadium der Behandlungen der Hypertrophie der Prostata und die Rolle der Hormonotherapie

Zufolge der Einführung der Sulfamyden, der Resektion des Adenoms auf endouretralem Wege und der hormonalen Behandlung, hat sich die Richtlinie der Urologen betreffs der Therapie des Adenoms der Prostata, bedeutend geändert.

Indem die Infektion durch die Sulfamyden bekämpft wird, haben die Sulfamyden die urologisch-konservative Sie auch die urologisch-radikale Behandlungsweise erfolgreicher gestaltet. Auch die Operation Harris (gleichzeitige Exstirpation des Adenoms, nachfolgend das Zunähen der Enukleations-Wunde und Blase) hat viel grössere Erfolgsmöglichkeiten.

Die endouretrale Resektion hat uns eine neue Möglichkeit zur Behandlung des inzipten, medianen Adenoms angeboten, bei welcher dieses Verfahren sehr radikal wirken

kann; sowohl auch bei fortgeschrittener Adenoms (in III. Periode), wo die teilweise, palliative Resektion die Möglichkeit einer normalen Miktion ergibt, indem hierdurch entweder eine ständige Sonde oder eine endgültige Cistotomie, ersetzt wird.

In der Hormonotherapie ist die Therapie des prostatischen Adenoms ein sehr wertvoller Helfer. Der testikuläre Hormon nämlich hat einen tonifizierenden Einfluss auf den Muskel Detrusor, der Blase, einen inhibierenden Einfluss auf den Spasm des glatten Sphinkters, der Hauptgrund der akuten Retention, eine Antikongestion des Pelvis, wie auch einen allgemeinen tonifizierenden Einfluss.

Die akute Retention kann zufolge der klassisch-urologischen Massnahmen (Sondierung, Waschungen), kombiniert mit Sulfamydothérapie, heute viel erfolgreicher behandelt werden, die Fortbildung des Adenoms von der I. und II. Periode, bedeutend verlangsamt, die Behandlung der III. Periode bedeutend verbessert werden.

Wir haben 9 Fälle von prostatischen Adenom mit Hormonen (Sterandryl, Anertan, Testoviron, Ergon und Neohombreol) behandelt und unter Beobachtung, während der Zeit von 1—3 Jahren, gehabt. In 4 Fällen wurden diese in der I-ten Periode in Behandlung genommen und die charakteristischen Störungen beseitigt, und in anderen 4 Fällen konnte in der II-ten Periode das Residium unter 10 ccm. reduziert werden; der eine der vorgekommenen Fälle in der II-ten Periode, mit medianen Lappen, konnte nicht beeinflusst werden, hingegen konnten diese durch einseitige Operation beseitigt werden.

Considerații asupra narcozei pe cale intravenoasă cu Eunarcon

de

Dr. T. Spătaru și Dr. V. Puia

În cercetările de a obține insensibilitatea organismului față de durere prin introducerea unei substanțe anestezate, pe cale intravenoasă este relativ destul de veche și pusă în practică la 1865, când Elscholtz introduce opiacee în torrentul circulator.

În literatura mondială mai ales a ultimilor ani, găsim excepțional de mulți autori clinicieni de toate specialitățile chirurgicale, cât și medici practicieni, care întrebunțează narcoza cu Eunarcon mai ales că în intervențiile de scurtă durată, au rezultate dintre cele mai satisfăcătoare.

O rezervă persistă însă în ce privește narcoza de lungă durată deși autor ca Dörning, Helme, Dauers, Hildebrand von Hockel, etc., dau rezultate foarte bune.

Rienteln semnalează câteva accidente grave, iar Tumpe și Iacobi, două cazuri mortale.

La Congesul german de chirurgie Rehn relatează că din 92 clinici germane, 31 utilizează narcoza pe cale intravenoasă.

Glet într-o lucrare foarte documentat studiind acțiunea farmacodinamică a eunarconului, în organism, ajunge la concluzia că, Eunarconul se descompune foarte repede în compuși inactivi absolut netoxici.

El face un paralelism între narcoza cu eter și eunarcon, și spune că dacă nu există o doză maximă pentru eter tot așa nu există nici pentru eunarcon.

Accidente semnalate de unii autori pot fi puse pe seama unei tehnici defectuoase, cu injectarea prea rapidă a narcoticului, ajungându-se prin aceasta la o supra-dozare.

Ca tehnică generală, cel mai mulți spun că este bine să nu se treacă de a injecta mai mult de 1 cmc. pe minut. Noi dăm în primele 2 minute 3 cmc., trecând apoi la 1 cmc. pe minut, deci injectat foarte încet.

Pentru o cât mai perfectă reușită a narcozei este absolut necesar ca cel puțin cu 45 minute, să se administreze bolnavului o jumătate de fiolă 0,01—0,02 atropină și una fiolă morfină.

Este de notat ca să nu se dea sub niciun motiv morfina sub 45 minute înainte intervenției (respectiv înainte instituirii narcozei), căci expunem bolnavul la pericolul acumulării.

La narcoza cu Eunorcon, ca de altfel la orice narcoză este bine să se înceapă instituirea ei, din vreme și niciun caz să nu se înceapă operația și nici pregătirea câmpului operator, aplicarea agrafozelor, (etc.) înainte ca pacientul să fi adormit complet.

Spre deosebire de celelalte narcoze aici nu avem fază de excitație în mod obișnuit. Atunci când totuși apare este în funcție de factori externi, ca: aplicarea prea de vreme a clemelor, încălzia pielii etc.

Un fenomen întru câțva aparte, observat de mai mulți autori (noi am avut trei cazuri) este incoerența între tremurăturile membrelor, cu agitația extremităților și silențul abdominal.

Acest fenomen l'am observat în cazurile noastre atunci când operația a fost începută înainte de adormirea profundă și a apărut numai mai târziu în plin somn.

În general pentru obținerea unui somn profund se admite ca o cifră medie 10 cmc.

Döring susține că se poate depăși și doza de 20 cmc., fără niciun pericol, fiind exclus ca această doză să nu dea o narcoză profundă.

Noi am obținut somn cu relaxare musculară perfectă cu 6 cmc. operând cu multă ușurință apendicita, hernii și diverse operații de mică chirurgie. Am avut însă cazuri unde nici după 25 cmc. Eunorcon nu am obținut un somn ca să putem opera, fiind siliți a continua narcoza cu eter sau proxid (d-l Prof. Pop, 2 cazuri: 1 tumoră cerebrală, Dr. Spătaru 2 cazuri amputația coapselor și un prolaps anal).

Această renitență nu trebuie să ne mire căci este cunoscută într'un procentaj oarecare și la celelalte narcoze.

Condițiile unui narcotic indiferent calea de administrare ca să fie perfect, constau în rapiditatea eliminării, în lipsa de obișnuință a organismului și neacumulare.

Analizând decursul narcozei în narcoza cu eunarcon nu vom găsi fazele caracteristice celorlalte genuri de anestezie generală.

Somnul se instalează mai mult sau mai puțin repede, fiind în funcție de viteza și cantitatea de anestezic introdusă pe minut, în general în cazurile noastre somnul apare după 2—3 minute la o cantitate de 3 cmc. Narcoza se instalează fără niciun fel de senzații neplăcute, simte doar o senzație imperioasă de somn, după care se institue adevărata narcoză și musculatura se relaxează.

De multe ori la începutul narcozei, se observă o tremurătură generalizată a corpului, datorită unor secuse clonice, interesând mai ales membrele superioare. Aceste fenomene dispar pe măsură ce somnul se adâncește, rare sunt cazurile când aceste tremurături persistă tot timpul până la trezire.

În afară de aceasta unii autori ca Rintelen, a observat un suflător trecător, mai ales în narcozele de scurtă durată.

Döring observă o tuse spasmodică pe care o atribuie injectiei prea rapide a narcoticului.

Kramann pe 1300 cazuri a observat două cazuri de strănutat foarte rebel.

Foarte constant la începutul narcozei se semnalează o perioadă de apnee, care durează uneori chiar 25 secunde după care respirația se restabilește, devine lentă și superficială ca mai târziu să-și revină aptitudinea și ritmul normal.

Printre fenomenele cardio-vasculare cele mai importante amintim tahicardia, care uneori depășește cu 20—25 pulsații frecvența normală, totodată asistăm la o ușoară hipotensiune, care uneori își revine puțin, în timpul operației neajungând la valoarea normală decât după completa trezire.

Reflexele tendinose odată ce s'a ajuns la doza anestezică sunt diminuate sau abolite. Reflexul cornean dispăre la începutul narcozei, reapariția lui anunță o trezire imediată. Pupilele în general sunt midriatice la început, devin miotice rămânând tot timpul așa și reacționează slab la lumină.

Reflexul faringo-laringian este variabil.

Aspectul feței narcotizaților cu eunarcon, nu este alterat, culoarea normală menținându-se atunci când doza administrată nu e prea mare; o supra-dozare aduce după sine o cianoză.

Fenomene de ordin sensitiv, se observă foarte rar, iar despre existența lor bolnavii nu păstrează nicio amintire.

Trezirea în marea majoritate a cazurilor se face foarte ușor fără niciun fenomen neplăcut pentru bolnav.

În anestezii de scurtă durată trezirea se face foarte repede și este însoțită de o ușoară stare de euforie. În narcozele de mai lungă durată, unii bolnavi prezintă o somnolență de 1—2 ore. După trecerea acestui timp bolnavul numai are nicio senzație neplăcută, se simte odihnit și se poate alimenta în mod normal.

Mulți dintre bolnavi prezintă o anamneză completă a operației și fazelor care au precedat-o, în special bolnavele.

Nu se observă decât excepțional de rar, grețuri și vărsături, fenomene foarte frecvente în narcozele prin inhalatie.

Deși după cum am arătat mai sus narcoza cu eunarcon, este foarte comodă și nu duce niciun inconvenient bolnavului, în timpul său după narcoză, totuși suntem scutiți absolut de oarecare accidente și complicațiuni.

Accidentele cele mai frecvente, survin datorită proprietăților, paralizante ale Eunarconului asupra centrului respirator.

Kaufmann, Rintelen, Bruner, Döring, citează câteva cazuri de asfixii grave, de sincope respiratorii pure pe care le-au putut combate numai cu mare greutate, prin administrare masivă de cardiazol și lobelină: Noi am avut un caz, care în timpul operației a făcut o sincopă respiratorie gravă, l'am readus prin lobelină cardiazol, respirație artificială și oxigen. La 45 minute după operație (guse coloido-chistică strumectomie) a făcut un spasm glotic cu fenomene de asfixie, clonoză urmată de tremurături epistaxice, apoi crize epileptiforme care au durat fără intermitență timp de 15 minute.

Am administrat coramină și 8 cmc. cardiazol intravenos.

După revenire timp de 48 ore a acuzat vertij, cefalee, senzații de blocaj a respirației, fenomene care au dispărut complet în ziua următoare.

În literatura universală destul de bogată asupra Eunarconului, s'a publicat și cazuri de accidente mai grave urmate de moarte (Rintelen, Jacobi, Retgel, Schranke, Hollenback etc.) însă nu se poate afirma în niciun caz că moartea a survenit în urma narcozel cu eunarcon sau datorită unei alte cauze.

Killian la congresul german de chirurgie din 1939 a prezentat o interesantă statistică asupra mortalității, narcoză și ajunge la următoarele concluzii:

Cloroformul dă o mortalitate de 1—2706; eterul 1—11.802; amestecul eter-cloroform-alcool 1—5867. Deși din cele expuse mai sus, reiese că Eunarconul este un narcotic înofensiv, totuși sunt diferite condiții și stări patologice când narcoza cu eunarcon, nu poate fi înstituită.

Printre contra indicațiile cele mai obișnuite ale narcozel cu Eunarcon amintim: Procesele inflamatorii flegmonoase ale gâtului (Arlembach, Krammann).

Anemia gravă, septicemia, toxicozele (Döring, Rupp), diabetul grav, afecțiunile pulmonare supurative. Afecțiune însoțită de hipotensiune.

Totuși majoritatea autorilor și mai ales Bruner, atunci când narcoza este inevitabilă preferă narcoza cu eunarcon narcozelor prin inhalările clare și când se prezintă contra indicațiile de mai sus.

Complicații care survin în urma narcozel cu eunarcon nu sunt ceva specific narcotului, ele pot să apară ca și în celelalte narcoze: pneumonie, bronșită, embolie, (etc.) totuși într-o măsură mai redusă spre deosebire de narcozele prin inhalare. Alci din cauza tehnicii inerente narcozel pot apărea și complicații locale, ca tumefacții locale în jurul locului de infecție, cu infiltrații dure, care pot dura mult timp, retrocedând fără a lăsa vreo urmă.

Foarte rar s'a observat tromboze ale venelor membrilor superioare, fenomene care nu duc la nicio consecvență gravă.

De altfel aceste accidente nu pot fi puse în special în seama narcotului, ele putând apărea chiar și la o simplă injecție intravenoasă cu un medicament oarecare.

Aruncând o privire critică asupra diferitelor modalități de anestezie fie locală, regională sau generală, suntem înclinați a crede că anestezia viitorului va fi cea pe cale intravenoasă cu toate că astăzi mulți o combat, sau o exclud absolut din practica lor.

Printre avantajele cele mai importante ale narcozel pe cale intravenoasă, este administrarea narcotului foarte simplă, putându-se face chiar în camera bolnavului înainte de a fi adus în sala de operație, înlăturând în felul acesta șocul psihic al bolnavului care nu mai este silit, să asiste treaz în sala de operație la prelmăriile actului operator, inclusiv legatul pe masa de operație care este cel mai penibil moment pentru bolnav, lăsându-l mult timp după operație cea mai neplăcută amintire.

Terapia combinată cu substanțe organo-proteice în tratamentul inflamațiilor articulare cronice

de

Dr. Julius Szent-Paly
Medic Secundar

Artritele deformate și reumatismele poliarticulare cronice au pus de mult timp medicina în fața unor grele probleme din punctul de vedere terapeutic, întrucât mulți pacienți erau refractari față de diversele procedee de tratament. Aceste frecvente dificultăți fac să se înțeleagă marele interes din partea medicilor, în

desvoltarea și progresele terapiei ale acestor maladii. În deosebi medicul practician și mai cu seamă medicul de la țară, care după împrejurări, trebuie să se restrângă la procedee simple de tratament și mai ieftine, salută aceste îndrumări terapeutice din acest domeniu și sunt dispuși cu plăcere să le aplice, atât timp cât acestea

amelioarează procesele de vindecare și se mărginesc în cadrul mijloacelor ce le stau la îndemână. Deoarece terapia produsă de noi, corespunde în toate privințele acestor cereri, ar trebui ca această scurtă comunicare să fie justificată.

Nesiguranța terapeutică amintită la începutul comunicării, împarte după cum s'a arătat, toate procedeele de tratament în același mod. Ea nu se observă numai la cunoscuta terapie de atac cu doze mari de acid salicylic, ci ea este la fel și pentru totalitatea acestor procedee care se bazează pe stimulare, respectiv pe o activare a forțelor de apărare ale organismului. Cel mai cunoscut procedeu din acestea din urmă este terapia cu substanțe proteice, fondată de Schmidt ¹⁾, care sub formă de injecții cu lapte, la artritele cronice, în multe cazuri duce la bune succese. Influența favorabilă a procesului maladiei la terapia cu substanțe proteice se atribuie pe formarea unei drageuri treptate a lactoalbuminei introdusă parenteral, care provoacă o activare protoplasmică în sensul lui Weichardt ²⁾, respectiv o terapie de iritație în sensul lui Bier ³⁾. Chiar și ameliorările obținute prin iradiații de röntgen sau de radium, sunt atribuite în același mod unui proces de activare, care evident sub influența iradiației provoacă formarea de dezagregare ale albuminei proprii corporale.

Alături de aceste procedee generale de stimulare ale forțelor de apărare internă a organismului, ia o deosebită situație preparatul organic Sanarthrit, Luitpold-Werk-München, extras din țesutul cartilajinos al animalelor tinere. Sanarthrit, se prezintă în comerț ca produs injectabil de țaria I-a și II-a. În legătură cu injecția se observă apariția regulată, ca reacțiune generală a organismului a unor „inflamații de vindecare” numite și „reacțiuni focale”, care se manifestă printr-o tensiune și o sporită durere pasajeră în membrul bolnav. Ocazional apar și ușoare ridicări de temperatură, care însă nu au nimic comun cu efectul curativ și nici cu fenomenele febrile după introducerea parenterală de albumină, întru cât este liber de albumină.

Efectul preparatului Sanarthrit se bazează după Heilner ⁴⁾, pe reconstituirea „apărării țesutului” pe cale naturală și fiziologică în cartilaje. După Heilner, toate organele dispun de o apărare organică specifică ale cărei atribuții este să împiedice o dezvoltare patologică de afinitate a metabolismului fiziologic la aceste organe. La pierderea acestei apărări a țesutului se ajunge la o descentrare a produselor de metabolism în organe, care provoacă turburări funcționale în organe. Efectul curativ al produsului Sanarthrit administrat parenteral, se lămurește prin aceea că prin reconstruirea protecției naturale a țesutului, se îngreunează posibilitatea staționării în încheeturi a produselor de degrevare și prin aceasta se dă posibilitate unei vaste ameliorări, respectiv unei vindecări a maladiei. Dacă ne asociem la acest

punct de vedere, atunci Sanarthrit trebuie considerat ca un terapeutic cauzal.

Nu este în intenția noastră să intrăm în discuțiuni academice, cât de departe poate merge teoria lui Heilner, despre apărarea țesutului, și dacă această teorie subzistă sau nu ⁵⁾. Hotărîtor pentru noi este mai mult faptul că, noi cu Sanarthrit, în multe cazuri, la fel ca și cu terapia substanțelor proteice, am obținut bune rezultate. Aceste rezultate favorabile de tratament cu ambele metode de tratament, prin ele însăși, după cum a preconizat d-l Prof. Dr. Hațieganu, Cluj, pentru prima oară, ca să se asocieze la aceste maladii organo-terapia cu proteino-terapia, a fost un îndemn ca să se combine cura de Sanarthrit cu injecții de lapte, pentruca să se vadă dacă prin stimularea simultană generală și locală în legătură cu doza mare de acid salicylic se poate atinge o cumulare a efectului terapeutic. Cercetări în aceste direcții par de aceea promițătoare de succes, căci Rennen ⁶⁾, încă mai de mult a încercat să sporească bunul efect al preparatului Sanarthrit prin combinare cu camforă și în acest mod a obținut succese demne de remarcat.

Dacă privim numeroasele rezultate de tratament obținute în ultimii ani, suntem astăzi în stare să rezumăm experiențele de până acum, că prin simultana administrare de injecție cu lapte efectul tratamentului cu Sanarthrit este mult sporit, și în multe cazuri duce la succese, care se plasează peste media generală.

Rezultatele noastre de tratament confirmă părerea noastră că, o sensibilizare generală a organismului prin injecții cu lapte și cu substanțele active ce stau la baza preparatului Sanarthrit, se completează reciproc și prin aceasta sporesc efectul terapeutic.

Cura de Sanarthrit în legătură cu terapia substanțelor proteice se urmează mai bine în felul următor: dimineața se injectează intramuscular 3 cc. lapte și se injectează intravenos, în stadiul celei mai urcate temperaturi 1 cc. Sanarthrit de țaria I-a. De îndată ce febra s'a potolit pacientul primește 0,3 gr. plenacetină și 0,2 gr. amidopirină. Seara se adaugă la aceste medicamente 0,01 gr. codeină. În zilele fără injecție se administrează 2-2,5 gr. amidopirină sau 5-10 gr. natriu salicylic. După o pauză de 2 zile, bolnavul primește o altă injecție de lapte și o doză mai mare de 0,5 cc. Sanarthrit țaria II-a. Dacă reacțiunea nu a fost prea violentă, atunci se face a 3-a injecție într'un interval măsurat și se continuă cura până la 8-15 injecțiuni. La cazuri cu ameliorări accentuate, tratamentul poate fi întrerupt chiar mai din vreme.

Pentru o nouă administrare a unui cazistic facem un interval. În concluzie, am dori să spunem că, combinația unei cure de Sanarthrit cu injecție de lapte amelioarează substanțial perspectivele de progres a tera-

piei artritidelor deformante și reumatismelor poliarticulare cronice și constituie o formă de tratament, a cărei conducere este posibilă oricărui medic practician.

Literatură:

- ¹⁾ - Schmidt, Medizinische Klinik 1916. Nr. 7.
²⁾ - Weichardt, Münchner Medizinische Wochenschrift 1920. Nr. 4; Ergebnisse der Hygiene 1921, Bd. 5, 8, S. 275.
³⁾ - Bler, Münchner Med. Wochenschrift 1921, Nr. 5-6, und 1923.

⁴⁾ - Hellner, Münchener Med. Wochenschrift 1916, Nr. 28, 1917, Nr. 29, 1918, Nr. 36; Jahreskurse für ärztliche Fortbildung 1921, Nr. 1.

⁵⁾ - Vergl. Kraus und Brugsch „Spezielle Pathologie und Therapie“, Bd. 9-II, S. 736 und folgende; Urban und Schwarzenberg Berlin-Wien, 1923.

⁶⁾ - Rennen, Münchner Med. Wochenschrift 1924, Nr. 17.

DELA SECȚIA MEDICALĂ A SPITALULUI CENTRAL
DIN ORADEA

Revista cărților

Infecția de focar de Prof. Dr. I. Goia, Sibiu 1944 Tip. Dacia Traiană S. A. Un volum de 176 pag.

Infecția de focar constituie una din problemele cele mai importante ale medicinei contemporane, ea interesează toate disciplinele medicinei, dar în primul rând pe clinicienii din toate specialitățile.

În literatura medicală românească până astăzi n'a existat un studiu mai dezvoltat asupra acestei probleme, astfel că studiul d-lui prof. Goia în această direcție este foarte bine venit. De altfel D-sa era foarte indicat să facă acest studiu de ansamblu asupra infecției de focar, pentru că D-sa urmărește de aproape această problemă deja de 10 ani, în care timp, și-a câștigat o experiență personală vastă și temeinică, bazată pe un material cazuistic de 411 cazuri.

Partea generală a studiului de față care se ocupă cu istoricul și fizio-patologia infecției de focar, a apărut și în Revista Ardealul Medical Nr. 5-6/1944.

Partea specială a lucrării are următorul cuprins:

I. Sindroamele clinice determinate de infecția de focar: 1. Simptome de ordin general; 2. Afecțiuni reumatice ale aparatului locomotor:

- a) Infecția de focar și reumatismul articular acut.
 - b) Infecția de focar și reumatismul articular cronic.
 - c) Infecția de focar în nevralgii și în lumbago.
3. Infecția de focar și aparatul cardio vascular:
- a) Afecțiuni miocardice; b) coronariene; c) leziuni valvulare cronice; d) afecțiuni arteriale.
 4. Infecția de focar și afecțiunile renale.
 5. Infecția de focar și alterațiunile sangvine.
 6. Infecția de focar și bolile alergice, bolile endocrine și alte determinări.

Ultimele două capitole se ocupă cu diagnosticul și tratamentul infecției de focar.

Fiecare din capitole este temeinic susținut cu observațiuni clinice minuțios studiate și demonstrative.

În cele 411 de cazuri ale autorului, infecția de focar a avut următoarele localizări: focare dentare 176 (42,8%), focare amigdalene 167 (40,6%), focare amigdalene + focare dentare 36 (8,7%), focare amigdalene + vegetații 1 caz (0,24%), focare amigdalene + otită 1 caz, vegetații adenoidale 2 cazuri (0,48%), sinusite 5 (1,20%), sinusită + focar dentar 1 caz, otită medie 6 (1,44%), adnexită 4 cazuri (0,96%), colecistită 5 cazuri (1,2%), prostatită cronică 1 (0,24%), apendicită cronică 1 caz, bronșiectazie 1 caz, cisto-pielită 1 caz, piodermie 1 caz, flegmon 1 caz.

Având în vedere marea extindere a infecției de focar în patologia umană și că ea încă nu este suficient pătrunsă în conștiința corpului medical, lucrarea de față este de mare utilitate pentru orice medic indiferent de specialitatea pe care o practică.

Contribuțiuni la studiul sindromului cardio-pulmonar de Dr. St. Hărăguș. Sibiu 1944 Tipografia Cartea Românească. 60 pag.

D-l Dr. St. Hărăguș, un eminent elev al Clinicii Medicale I. se ocupă în lucrarea sa de față cu studiul sindromului cardio-pulmonar, acest studiu făcând parte din problemele cu care Clinica medicală din Cluj-Sibiu s'a ocupat în mod special în ultimii 20 de ani.

Autorul aprofundează următoarele capitole din acest studiu: I. Interdependențe cardio-pulmonare (noțiuni de fiziopatologie); II. Sindromul cardio-pulmonar propriu zis cu simptomatologia și formele lui clinice; III. Tipuri clinice în emfizemul pulmonar (emfizemul simfizat, emfizemul infectat, emfizemul cu insuficiență coronariană); IV. Inima la emfizematozii simfizati, infectați și coronarieni; V. Considerațiuni terapeutice.

Lucrarea este documentată cu o serie de observațiuni clinice foarte bine studiate, însoțite de radiografii și electrocardiograme.

Psiho-fiziologia muzicală de Dr. Gabriel Cotul. Sibiu 1944. Tipografia Cartea Românească din Cluj, un volum 112 pag.

Pentru a prezenta cititorilor revistei noastre lucrarea valoroasă a d-lui Dr. G. Cotul, cităm următoarele rânduri din prefața lucrării, scrisă de d-l Dr. A. Roșca:

Studiul de față ne oferă o prezentare sistematică, clară și bine documentată a următoarelor probleme: 1. fiziologia aparatului auditiv; 2. acustica psihologică (calitățile sunetelor muzicale, măsură, mișcare, ritm); 3. psihologia muzicală (factorii psihologici care mijlocesc gustarea și creația artei muzicale, ereditatea înzestrării muzicale); 4. Măsurarea aptitudinii muzicale. Contribuția mai de seamă a autorului este în deosebi în legătură cu primele două grupe de probleme, care în literatura noastră științifică sunt pentru întâia dată temeinic discutate. În felul acesta d-sa aduce o completare indispensabilă studiilor care s'au făcut până acum privitor la psihologia muzicală și mai ales la măsurarea aptitudinii muzicale. Expunerea acestui din urmă capitol se bazează în primul rând pe cercetările întreprinse în ultimii ani ai Institutului de Psihologie al Universității din Cluj la Sibiu, cercetări care primesc o contribuție deosebit de utilă și valoroasă, venită dintr'un sector științific — acela al fiziologiei — care pentru psihologul fără pregătire medicală era greu accesibil.

Pe lângă avantajul de a avea expuse într'o singură monografie și tratate unitar și competent de un singur autor toate aspectele psiho-fiziologiei muzicale, lucrarea de față mai prezintă avantajul că, fără să se abată dela ținuta și terminologia științifică, este clar expusă și ușor inteligibilă chiar pentru un ne-specialist.

I. Gavrila

Manual de boli infecțioase (cu noțiuni de profilaxie, seroterapie și vaccinațiune), alcătuit de Institutul Cantacuzino. Ediția II-a. — București, 1944. Fundația Regală pentru literatură și artă.

A apărut ediția II-a a admirabilului manual portativ de boli infecțioase, sub direcțiunea d-ilor profesori C. Ionescu-Mihăești și M. Ciucă și cu colaborarea d-ilor: Prof. D. Combiescu, † Prof. Gh. Zotta, d-na Dr. C. Combiescu, Dr. P. Condrea, Dr. M. Marbre, Dr. Gh. Magheru, Dr. M. Nasta, Med. Vet. S. Bobeș, Dr. V. Albescu, Dr. I. Angheliescu, Dr. Gh. Badenski, Dr. G. Calab, Dr. I. Cocloba, Dr. D. Ionescu, Dr. Gh. Istrati, Dr. S. Longhin, Dr. Al. Magheru, Dr. I. Mesrobeanu, Dr. A. Messinger, Dr. N. Muntuc, Dr. N. Nestorescu, Dr. Al. Pop, Dr. E. Roth, Dr. I. Soare, † Dr. A. Vrancea, Dr. B. Wisner, Dr. C. Zilisteanu.

Manualul conține următoarele:

Partea I-a se ocupă cu bolile infecțioase și parazitare ale omului. În capitolul I sunt expuse infecțiile cauzate de bacterii. Se tratează pe rând bolile infecțioase cauzate de coci streptococi, diplococi, cocobacili, de bacili, de mycobacterii, de vibrioni, de spirochete, de rickettsii.

Capitolul II se ocupă cu bolile cauzate de ultravirusuri, boli generale, febrile cu erupții pustuloase, cu erupții veziculoase, cu erupții maculo-papuloase, cu caracter septicemic. Urmează apoi bolile cu localizări speciale: în aparatul respirator (gripa, guturalul, psittacoas), în sistemul nervos (encefalita epidemică,

poliomielita, turbarea), pe alte organe (angina monocitară, ocn-funcțivita granuloasă, febra galbenă, maladia lui Nicolas-Fawre, oreillonul, hepatita epidemică).

Capitolul III tratează despre infecțiile produse de protozoare și metazoare, iar capitolul IV despre infecțiile cauzate de ciuperci patogene.

Partea II-a a manualului se ocupă cu noțiuni de imunologie generală și specială. În capitolul V se expun principiile de imunologie, în capitolul VI reacțiile biologice de diagnostic, în capitolul VII vaccinarea preventivă și vaccinoterapia în bolile infecțioase, în capitolul VIII tratamentul curativ cu bacteriofag, în capitolul IX seroterapia în diferitele boli infecțioase, în capitolul X imunotransfuzia și grupele sangvine, în capitolul XI sulfamidoterapia în bolile infecțioase.

Partea III-a a lucrării tratează despre indicațiunile pentru recoltarea produselor patologice în vederea stabilirii unui diagnostic bacteriologic sau serologic: sânge, spută, materii fecale, exudate purulente, urina, material dela necropsie, etc. Urmează apoi indicațiuni sumare privitoare la examenul bacteriologic al apei.

Această carte este de foarte mare folos pentru toți medicii, pentru că constituie un manual portativ și foarte ușor de consultat.

Oridacăteori medicul se găsește în fața unei probleme din domeniul bolilor infecțioase (simptome, diagnostic, tratament, profilaxie), cu multă utilitate poate consulta acest manual.

I. Gavrila

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE DIN CLUJ-SIBIU

Sedința din 23 Martie 1944

Prezidează: d-l Prof. Dr. M. STURZA

Conf. Dr. V. Cimoca și Dr. M. Popluca: Sinechie balanoprepuțială cu o malformațiune congenitală a prepuțului și impotență funcțională consecutivă la un bolnav cu o infecție blenoragică.

Patologia sexuală este o ramură a medicinei, care este prea puțin cultivată la noi în raport cu importanța pe care o are aceasta în cadrul patologiei umane. Bolnavii cari intră în acest domeniu în mare parte se perindează de la un medic la altul, dela neurolog la urolog și venerolog, adeseori rămânând numai cu tratamentele prescrise sau chiar efectuate. Tocmai din acest motiv ne-am propus ca să tratăm câteva chestiuni din acest domeniu, dacă împrejurările ne vor permite.

De astădată este vorba de un bolnav, care intră și în domeniul patologiei sexuale și care a fost descoperit incidental contractând o infecțiune blenoragică.

Bolnavul S. I. în etate de 21 ani, lucrător, de origină din jud. Sibiu, de religie evanghelică, înainte cu 2 luni solicită ajutorul medical la clinica noastră pentru o scurgere uretrală care datează de câteva zile.

La interogatoriul luat, bolnavul declară că dela etatea de 13 ani practică masturbatia, iar înainte cu câteva zile venind la domiciliul său o tânără fată de 18 ani, n'a avut încotro și a debutat în viața sexuală. Cu ocaziunea actului sexual din cauza durerilor a fost nevoit să renunțe la el. Această tentațiune sexuală a mai repetat-o de două ori, însă de fiecare dată fără succes. Acest individ melancolic cum era înainte, a devenit și mai deprimat după insuccesele pe care le-a avut și la cari s'a mai adăugat și o scurgere uretrală.

La examenul obiectiv al bolnavului constatăm o malformațiune, cu aspectul unei fimoze congenitale cu o înfățișare cu totul particulară. Inelul fimotic nu era format de marginea liberă a prepuțului îngustată, ci de o membrană obturatorie circulară, care avea în partea sa centrală un mic orificiu punctiform prin care se elimina urina foarte dificil.

După cum se poate vedea și din fotografii, această membrană, în stare de relaxare a organului, pleacă dela marginea liberă a prepuțului, care se poate distinge net, ca și diafragma la un aparat de fotografiat. În stare de erecțiune prepuțul anormal se mulează pe suprafața glandului în așa fel, încât ne dă impresia ca și când glandul ar fi descoperit.

Bolnavul având și o scurgere uretrală de natură gonococică, ne decidem pentru tratamentul acesteia, care cu ajutorul unui tratament local combinat cu sulfamidoterapie în timp de 3 săptămâni ne-a oferit un prim rezultat.

Urmează partea 2-a cu alte surprize. Bolnavul se supune la intervenția chirurgicală pe care i-am indicat-o pentru îndreptarea impotenței funcționale. La început și noi incriminam numai malformațiunea aparținătoare prepuțului, pentru turburările pe cari le avea cu ocaziunea actului sexual.

Procedăm la operațiune. Ținând seama de cele relatate de bolnav și de explorațiunile făcute de noi în mod prealabil ne decidem pentru tehnica preconizată de Kirmisson. Sub protecția unei sonde canelate facem o incizie dorsală, tăind membrana obturatorie și o parte din prepuț în sens sagital. Această incizie o completăm cu o incizie și în sens opus, după care reușim să descoperim glandul în parte. Examinând planul operator observăm că foia internă a prepuțului are o linie de inserție pe fața anterioară a glandului, șanțul balanoprepuțial fiind dispărut. Prepuțul este concrescut în continuare cu glandul în așa fel, încât pe fața posterioară a glandului el se inseră împreună cu frenul

aproape de meatul urinar, care de altfel are un aspect normal. Astfel glandul devine liber numai pe o porțiune de pe suprafața inferioară, restul fiind acoperit de prepuțul concrescut. În fața acestui tablou, nu a mai rămas altceva, decât să îndepărtăm cele două lambouri făcând o posthectomie parțială.

Este incontestabil că această sinechie balanopreputială și ea avea o mare contribuție la impotența funcțională pe care o prezenta bolnavul nostru.

Bolnavul după operație se simte bine, plaga operatorie este curată, fără supurație.

Sperăm că după îndepărtarea acestei malformațiuni, a acestui obstacol mecanic, să restabilim o funcție sexuală normală la acest bolnav, care în același timp se va debarasa și de viciul masturbăției întreținut de aceste malformațiuni congenitale.

Prof. Gavrilă—Ciplea—Florescu: O formă deosebită a trichinozei (apare în articol).

E vorba de un caz letal de trichinoză, care a evoluat cu simptomatologia polimiozitei (cu o contractură a musculaturii inflexionare, și care a prezentat și prinderea rinichilor, pleurei și pericardului, și la care, datorită faptului că a evoluat fără ipereosinofilie, diagnosticul s'a confirmat prin examenul biopsic (prima biopsie făcută la Facultatea noastră în acest scop).

Dr. O. Munteanu arată că *edemele simetrice dela mâini și picioare* trebuie să aibă o mai mare valoare diagnostică așa, după cum a observat, împreună cu **Dr. Meșianu**, într-o epidemie de trichinoză cu 15 cazuri. Patogeneza hipoglicemiei și a asteniei probabil că este datorită unei insuficiențe a medularei și corticalei glandelor suprarenale, care determină turburări în funcțiunea glicogenetică a ficatului ca o consecință a desechilibrului sistemului nervos organo-vegetativ determinat de starea de alergie a organismului prin trichine.

Dr. St. Gârbea: Adenoidita acută prelungită (a apărut în articol în revistă).

Dr. Prăgoiu Ioan și Dr. Puiu Vespasian: Un caz de Higroma chistică a gâtului.

Higroma chistică a gâtului sau chistul seros congenital al gâtului face parte din marele grup al limfangoamelor chistice.

Localizarea acestor varietăți de chiste limfatice la nivelul gâtului, nu am putea să afirmăm că este o raritate, însă anumite particularități de ordin clinic și anatomo-patologic ce am descoperit la cazul nostru ne-a determinat să-l prezentăm în fața Domniei Voastre.

Expunerea noastră se referă la o bolnavă de 5 ani, în ale cărei antecedente heredo-colaterale nu găsim nimic important în legătură cu afecțiunea actuală. În antecedentele personale de asemenea nu găsim nimic deosebit. Boala actuală datează de aproximativ 2 ani, când a debutat insidios prin apariția unei tumorete în regiunea latero-cervicală stângă, care a crescut progresiv fără a produce vreo turburare de ordin general. Înainte cu o lună consultă un medic, care, după afirmația mamei bolnavei, l-ar fi extras prin puncție un lichid clar ca apa de stâncă.

Examenul general al bolnavei nu ne relevă nimic deosebit afară de o ușoară paloare a tegumentelor și un habitus limfatic.

La examenul local se constată în regiunea latero-cervicală stângă o tumoare de mărimea unui pumn de adult, în formă de bisac. Mușchiul sterno-cleido-mastoidianul din această parte încalecă tumoarea și îi dă aspectul de bisac. La palpare, tumora este elastică — depresibilă, ireductibilă și nu urmează mișcările de deglutiție. Tegumentele dela nivelul tumoarei sunt de aspect normal și nu aderă de țesuturile subjacente.

Ținând seamă pe de o parte de evoluția relativ scurtă a tumoarei, iar pe de altă parte de faptul că prin puncție s'ar fi extras afirmativ un lichid clar, ne-am gândit la posibilitatea unui

chist hidatic cu această localizare rară și la această vârstă neobișnuită. Reacțiile Weinberg-Pârvu și Casoni ne-au dat rezultate negative. Eozinofilia 4%. Prin excluderea chistului hidatic, am rămas pe lângă diagnosticul prezumptiv de chist branchial sau chist de origine limfatică, urmând ca aspectul anatomo-patologic și examenul histo-patologic să precizeze diagnosticul. Se execută intervenția chirurgicală în anestezie generală. După secționarea tegumentelor, a țesutului celular subcutanat și a mușchiului pielos ne apare chistul cu un perete extrem de subțire. Decolarea chistului este foarte dificilă deoarece aderă puternic de țesuturile din jur. În timpul manoperei de decolare se deschide cavitatea chistului din care se scurge un lichid abundent sero-citrin cu discrete flocoane în el. Cavitatea chistului este uniloculară și se întinde în sus până sub mandibulă, lateral și înapoi până la marginea anterioară a trapezului, anterior și intern, chistul este limitat de conductul laringotracheal și de vasele mari ale gâtului de care aderă intim. Partea declivă a chistului se găsește în fosa supra-claviculară unde am găsit un chist liber de mărimea unei nuci. După extirparea pereților chistului se închide plaga, lăsându-se o mică meșă de drenaj în partea declivă.

Examenul histo-patologic al lichidului și a pereților chistului ne-a dat rezultatul de *higromă chistică a gâtului*.

Chistele seroase ale gâtului sunt congenitale. Apariția chistului în cazul nostru a fost tardivă, la vârsta de 3 ani. Această apariție tardivă imprimă cazului nostru caracterul de raritate și tot acest fapt ne-a făcut să ne gândim la posibilitatea unui chist hidatic.

Al doilea caracter de raritate găsit la cazul nostru, constă în faptul că era un chist unilocular, cunoscut fiind faptul că aceste chiste seroase sunt multiloculare, fiind formate uneori din îngrămădirea unei mulțimi considerabile de mici cavități. Lannelongue descrie un caz unde a găsit peste 800 de asemenea mici cavități.

Rezultatul operator în cazul nostru este cât se poate de bun, deoarece am obținut o extirpare totală și o vindecare per primam intenționem.

Kirmisson și Lannelongue citează cazuri la cari au trebuit să se mulțumească cu extirpare parțială, sau să recurgă la marsupializare.

Prof. Aleman prezintă un caz cu rezecția maxilarului superior atipică, asupra căruia va reveni printr-o comunicare în ședința viitoare.

Dr. A. Manu și Dr. V. Ștefănescu: Accidentele helioterapiei în sezonul de primăvară, în legătură cu un caz.

Prezentăm cazul unui copil distrofic, rachitic, cu tetanie latentă, care se îmbolnăvește de bronhopneumonie și moare consecutiv unui acces prelungit de spasmodic, formă eclamptică, declanșat în decursul primei cure de aeroterapie, într-o zi de primăvară cu soare.

Știm, că în rachitism echilibrul P-ului și Ca-ului sangvin este foarte labil. O depunere bruscă și mai masivă a Ca-ului în oase, aduce după sine o scădere a Ca-ului din sânge. Acest lucru se întâmplă atunci când sub influența razelor ultra-violete, sau după primele administrări de Vigantol P-ul din sânge crește brusc, favorizând depozitarea Ca-ului în oase. (Coeficientul Ca/P se comportă invers în spasmodic ca în rachitism).

Din acest motiv spasmodia survine mai frecvent primăvara, atunci când copiii după șederea îndelungată de iarnă în cameră, vor fi scoși la aerul liber plin de raze solare.

Glanzman spune că vântul favorizează apariția acceselor tetanice. Se poate presupune că prin aerul rarefiat din cauza vântului razele ultraviolete străbat mai ușor, putându-și exercita efectul tetanizant mai prompt.

Cazul nostru este al unui copil de 6 luni, născut la termen, alimentat artificial, prezentând semne de rachitism-mătănnii costale,

brăţări rachitice. — I se institue tratament corespunzător: Vigantol, iradiaţii ultraviolete. La 7 zile dela internare face un focar bronchopneumonic sub ilul stâng, temperatura ridicându-se până la 40°. Se face aeroterapie. Chimismul sangvin, labil din cauza intervenirii prin tratamentul antirachitic, sub influenţa alcalozantă a infecţiei şi razelor solare, deviază brusc spre alcaloză, dând după 10 minute un acces de spasmofilie manifestă, cu turburări vasomotorii (cianoză generalizată cu paliditatea extremităţilor degetelor) contracţii generalizate tonice, apoi clonice, cu semnele lui Chwostek şi Trousseau pozitive

Se aplică tratamentul adecvat (calcium clorat intravenos, etc.) şi cu toate eforturile făcute pentru a-l salva copilul sucombă după trei ore cu miocardită.

Prof. Sturza arată condiţiunile de apariţie ale accidentelor helioterapiei primăvara şi discută problema spasmofiliei de primăvară.

Sedinţa din 6 Aprilie 1944.

Prezidează: Dr. MARIUS STURZA, preşedinte.

Conferenţiar Dr. A. Moga şi Dr. Meşianu C.: Pleurezie în marea cavitate, cu o cantitate redusă de lichid, evoluând cu sindrom esofagian.

Cu 8 zile înainte de internarea în clinică, pacientul nostru, în vârstă de 35 ani a făcut o stare gripală care a durat 4—5 zile. Bolnavul a rămas cu o stare febrilă şi o durere presternală ce se întindea dela manubriu până în regiunea epigastrică. Durerea era continuă şi se accentua atât la ingerarea alimentelor lichide cât şi a celor solide. În timpul durerilor mai apare o pată eritematoasă cu un diametru aproximativ 10 cm, pe tegumentele porţiunii inferioare a regiunii presternale.

Notăm că durerea nu se accentua la respiraţie şi că din cauza ei bolnavul nu s'a putut alimenta timp de 4—5 zile. După Bellafit şi Dolantin, durerile nu s'au calmat decât foarte puţin.

La un examen clinic făcut înainte de internare nu s'a găsit nimic deosebit în afară de o sensibilitate la presiune în unghiul epigastric şi prezenţa petei eritematoase pe care ne-a descris-o bolnavul.

Fiind vorba de un sindrom esofagian examinăm bolnavul radiologic. Pe lângă o imagine toracică normală, se observă că pasta cu bariu trece dealungul esofagului în condiţiuni normale.

Internat în clinică şi examinat cu mai mare atenţie se constată o uşoară submatitate la baza dreaptă cu respiraţie diminuată. Temperatura era 37,6.

Controlat din nou radiologic se constată în anumite poziţii (O. A. D.) şi transvers, unghiul costo-diafragmatic drept prins.

La puncţia pleurală se extrag 20 cmc lichid serocitrin, cu Rivalta pozitiv şi limfocite în sediment.

După puncţie durerea dispare, iar temperatura scoboară sub 37°.

Bolnavul care era foarte deprimat sufleteşte, deoarece nu mâncase de câteva zile, a doua zi dimineaţa după puncţie se plângea că masa este insuficientă.

În concluzie este vorba de o pleurezie exudativă care a evoluat camuflată sub masca unui sindrom esofagian.

În clinică cunoaştem sindromele esofagiene datorite afecţiunii organelor vecine în special mediastinului (mediastinită, anevrism aortic, tumori mediastinale, pleurezie mediastinală).

Sindromul se aplică în aceste cazuri fie prin compresiune mecanică fie prin propagarea unui proces inflamatoriu sau tumoral la esofag.

Niciodată n'am întâlnit însă şi nici n'am găsit în literatura pe care am putut-o consulta într'un timp aşa de scurt, ca o pleurezie în marea cavitate să determine fenomene esofagiene atât de pronunţate încât bolnavul să nu se poată alimenta mai multe zile.

Cantitatea mică de lichid pleural nu poate explica o compresiune esofagiană, iar dispariţia imediată a simptomelor esofagiene după evacuarea celor 20 cmc de lichid ne arată că nu poate fi vorba de un proces inflamator esofagian venit din vecinătate.

Este mai probabil că durerea şi disfagia se explică prin reflexe plecate dela pleură, cari determină turburări funcţionale din partea esofagului. În acest sens pledează şi apariţia fenomenelor vasomotorii dela nivelul tegumentelor şi dispariţia lor odată cu celelalte simptome.

Această explicaţie este cu atât mai plauzibilă dacă ţinem seama că esofagul e un organ care dispune de o inervaţie bogată cu conexiuni întinse periferice şi bulbare.

Cazul prezentat dovedeşte în primul rând necesitatea de a face un examen foarte amănunţit al cavităţii toracice la orice individ care prezintă un sindrom esofagian.

Disproporţia dintre intensitatea simptomelor esofagiene şi cauza care le-a produs, ca în cazul nostru, arată că sindromul poate fi datorit unei afecţiuni care ne manifestă prin foarte puţine simptome proprii.

Din punct de vedere teoretic aruncă o lumină asupra mecanismului durerilor viscerale atât de puţin cunoscut încă cu toate progresele cari s'au făcut în ultimul timp în acest domeniu.

Conferenţiar Dr. A. Moga şi Dr. C. Meşianu: Asupra unui caz de anevrism congenital al arterei pulmonare.

Radiografia pe care o prezentăm provine dela un bolnav de 48 ani, care dela vârsta de 17 ani are uşoare dispnee şi pal-pitaţii precordice, fenomene cari s'au accentuat de anul trecut în urma unei pneumonii.

Examenul clinic arată doar o aritmie extrasistolică cu sgotmotul al II-lea pulmonar mai accentuat.

Cauza acestor turburări ne-o arată radiografia aceasta care pune în evidenţă imaginea cardiacă de formă şi dimensiuni aproape normale şi ceea ce este de remarcat bombarea arcului mijlociu stâng, al arterei pulmonare şi un anevrism al ramurei drepte al acestei artere.

În hilul drept se distinge o umbră ovalară situată paralel cu conturul cordului, de dimensiunile 100×42 mm.

Capetele superioare şi inferioare ale umbrei sunt rotunjite.

În jumătatea inferioară a umbrei se suprapune o altă umbră asemănătoare de dimensiuni mai mici. Umbrele sunt animate de mişcări pulsatile proprii şi de vecinătate. Aspectul radiologic este de arteră pulmonară dilatată anevrismatic şi bifurcată în partea inferioară, umbra mai mică fiind ramura pentru lobul drept mijlociu.

Anevrismele arterei pulmonare sunt considerate ca rarităţi.

Raportul făcut la al doilea Congres Naţional de Radiologie din Cluj, de Prof. Hăngănuş şi Conf. Moga, cuprinde două cazuri de anevrism al arterei pulmonare de origine congenitală.

Într-o lucrare recentă Kourlisky şi colaboratorii săi dovedesc că aceste afecţiuni sunt congenitale chiar şi atunci când le întâlnim la o vârstă mai înaintată.

Aceiaşi autori, la 350 de autopsii, au găsit anevrisme congenitale ale arterei pulmonare în 9 cazuri. De aceea ei socotesc că afecţiunea nu este atât de rară precum se crede.

Este probabil că cunoscând afecţiunea o putem diagnostica mai des cu ajutorul examenului radiologic.

Tocmai de aceea am căutat să atragem atenţiunea asupra acestei afecţiuni pentru a nu o confunda de ex. cu afecţiuni tumorale, ganglionare, etc.

Dr. P. Țârlea şi Dr. Ion Opreanu: Polinevrita salvarsanică în legătură cu o observaţie clinică.

Se prezintă cazul unui bărbat de 33 ani, care a fost tratat pentru sifiloame multiple genitale cu Neosalvarsan şi Bismuth. Prezentând uşoare semne de intoleranţă pentru Neosalvarsan s'au

luat precauțiunile de a se da doze mici, disolvate în thiosulfat de sodiu și a fost menținut la regim hepatic.

După a șasea injecție cu Neosalvarsan 0,45 gr.), având administrat în total 2,85 gr, bolnavul simte o indispoziție generală cu grețuri, vărsături și dureri în epigastriu. După trei ore e cuprins de frison, urmat de temperatură înaltă, iar la șase ore acuza dureri în mușchii gambelor. În cele trei zile următoare durerile s'au generalizat în toți mușchii corpului, dar mai ales în membre, încât n'a mai putut merge și a rămas tot timpul febril (38,5 grade).

La examenul obiectiv se constată un individ de constituție normală, care nu se poate menține pe picioare. Susținut, merge stepând și cu coapsele îndepărtate. Febril (38,2 grade), agitat. Cardio-pulmonar nimic deosebit. Limba saburală, sensibilitate în punctul lui Murphy, subiecter conjunctival și în urină urobilinogen. Palparea musculaturii tuturor membrelor, dar mai ales la gambe, provoca crize de dureri intense; de asemenea erau dureroși mușchii lombari, fesieri dorsali și ai cefei. Nervii sciatici, radiali, cubitali și mediani foarte sensibili la palpare. Reflexele ahiliene și patelare diminuate. Întârzierea percepției de sensibilitate tactilă pe părțile externe ale gambelor și picioarelor, hiperestezia din regiunile nervilor mediani. Babinsky negativ. Sfincterele libere. Nervii sciatici-poplitei externi hipoeccitabili la curent electric.

Acest tablou clinic a fost interpretat ca o ușoară insuficiență hepatică și polinevrită acută, forma sensibilă cauzată de Neosalvarsan.

După suprimarea terapiei salvarsanice bolnavul a fost tratat cu injecții intravenoase de glucoză în soluție hipertonică și thiosulfat de sodiu 10%. În același timp, pe lângă un regim de ceaiuri și fructe, i s'a făcut un tratament balneo-fizioterapic energic, constatând în proceduri de transpirație prin băi de lumină, impachetări uscate, băi calde cu sulf (Thiopinol) și băi electro-galvanice. După acest tratament bolnavul s'a simțit imediat mai bine, a devenit afebril și în șapte zile s'a vindecat.

Polinevritele salvarsanice constituie accidentul cel mai rar întâlnit în tratamentul sifilisului și de aceea se citează în literatură. Primul caz a fost comunicat de Oppenheim în 1911 la congresul de neurologie din Frankfurt am Mein, Trümmer, Sézary și Chabanier, au publicat forme amiotrofice degenerative, iar Panet și Perrin s'au ocupat în tezele lor 1924 la Paris de aceste complicații. Bocage a obținut rezultate bune cu hiposulfat de sodiu, iar Corelli cu extracte hepatice, în tratamentul acestei afecțiuni.

Tabloul clinic al polinevritelor salvarsanice se caracterizează prin: turburări nervoase sensitivo-motrice, prin debutul cu turburări gastro-intestinale și insuficiență hepatică, prin topografia paresteziilor, durerilor și paralizii care prind mai întâi membrele inferioare, apoi cele superioare la extremitățile lor distale, formând un tip chiro-podal. Formele mai grave evoluează cu paralizii, cu reacții electrice de degenerescență gravă a nervilor, atrofii musculare și retracții tendinoase, care duc la atitudini vicioase ale membrelor.

Deosebim, după Robustow, trei forme clinice:

1. Forme ușoare, care sunt destul de dese, însă nu prea sunt observate de medici, manifestându-se prin parestezii și oboșală în extremitățile membrelor.

2. Formele mijlocii, care încep cu parestezii și tremurături ale degetelor. Evoluiază în zece zile cu oboșală și dureri musculare în membre, turburări de mers, hiper sau hiporeflexii și cu ușoare reacții de degenerescență la excitațiile electrice. Durata acestor simptome poate ține 1—3 ani.

3. Formele grave sunt mai rare și evoluează în 4—5 săptămâni. Încep prin turburări de sensibilitate la membrele inferioare, care se pot generaliza, apoi se instalează paralizii grave cu atrofii musculare și reacții tendinoase.

Tratamentul în principiu este cel aplicat în cazul bolnavului nostru, însă succesul lui se obține cu deosebire în cazurile

diagnosticate cât mai curând dela debut și procedeele balneo-fizio-terapeutice aplicate cu insistență și pricepere dau cea mai mare satisfacție.

Cazul nostru prezintă un interes practic și științific. Practic pentru faptul că semnele mici de intoleranță salvarsanică, pe care le prezenta bolnavul dela început, au prevestit apariția unui accident serios, care nu s'a putut preveni cu toate măsurile de precauțiune luate. Polinevrita salvarsanică în cazul nostru a fost interceptată la început și prin tratamentul adecuat am reușit să realizăm o vindecare rapidă și completă.

Interesul științific constă în faptul că, pe lângă raritatea accidentului am putut constata că în polinevrita salvarsanică există un grad de insuficiență hepatică, care contribuie la ivirea acestor determinări nervoase și că succesul terapeutic în aceste cazuri se obține printr'un tratament energic de dezintoxicare instituit cât mai curând dela ivirea simptomelor polinevritice, dând o deosebită importanță procedeele balneo-fizioterapeutice.

Al. Ciplea—P. Ciurdariu: Asupra unui caz de pelagră.

Se prezintă un caz de pelagră, vindecat prin tratament cu amida acidului nicotinic. Era vorba de o pelagră la un țăran care nu s'a alimentat cu mălai, dar a urmat timp de mai multe luni un regim fără carne. Deși leziunile sale cutanate erau foarte întinse, s'au vindecat în decurs de câteva zile cu 3×100 mlgr Nicotilamid la zi. Se insistă asupra apariției pelagrei la indivizi care nu se alimentează cu porumb și în perioade ale anului fără soare, precum și asupra așa numitelor „pellagra antepellagram” și „pellagra sine pellagra”. Se dau apoi date preliminare ale unui studiu asupra bolnavilor de pelagră tratați în Clinica Medicală II la Sibiu în ultimii trei ani.

Prof. Michail arată că încă înainte cu câțiva ani a prezentat la Societate o lucrare privind leziunile oculare observate încă în primele stadii ale pelagrei, importante pentru diagnosticul precoce al boalei.

Prof. Sturza arată că ori de câteori există în cursul anului o carență de soare, primăvara și toamna are o ipersensibilitate pentru razele ultraviolete.

Prof. Hațieganu—Prof. Hângănuș—Dr. Secărea: Importanța clinică a stazei duodenale (apare în articol).

Prof. Dr. I. Aleman: Rezecțiile atipice ale maxilarului superior, în legătură cu două cazuri operate.

După rezultatele operatorii ce le are autorul, e de părere că și astăzi chirurgia a rămas și va rămâne, metoda principală ce trebuie să se aplice în tratamentul tumorilor maxilarului superior.

Radium, Röntgenul, electro-cauterul, sunt mijloace complementare, rezultatele bune ce le dau acestea sunt excelente în majoritatea cazurilor, atunci când le aplicăm după o îndepărtare chirurgicală a tumorilor.

Chirurgia maxilo-facială, ameliorându-și zi de zi metodele, reușește să reducă considerabil procentele mortalității operatorii (foarte mare în trecut), precum și recidivele atât de frecvente.

Cea mai frecventă cauză a mortalității din primele zile după operație a fost pneumonia post-operatorie. Aceasta se datora aspirațiunilor de sânge și salivă cu sânge, datorită narcozei ce se întrebuința în mod curent în această operațiune.

Aceste alterațiuni pulmonare, nu se datorau unui sau altui narcotic, ci suprimării sau diminuării actului reflex, care împiedica pătrunderea corpului străin în căile respiratorii. Astăzi când nu se mai folosește anestezie generală în rezecțiile de maxilar și se folosec aspiratoare de salivă atât în anestezii locale, cât și în cele generale această complicație este exclusă.

Altă cauză a bronhopneumoniilor și axfixiilor de pe masa de operație a fost aspirație masivă de sânge, datorită hemoragiilor grave în rezecțiile de maxilar. Prin ligatura carotidei externe, uneori chiar a carotidei comune și acest pericol a fost îndepărtat.

Diformia feței, care are o importanță estetică destul de mare și care în trecut da o înfățișare atât de disgrațioasă acestor operații, astăzi prin o incizie îngrijită, prin aplicarea protezelor imediate și mai târziu celei definitive, este cu totul ameliorată, ca să nu zicem înlăturată.

Recidivele putem să le diminuăm, parte printr-o bună selecționare a cazurilor operabile, parte prin întrebuițarea instrumentarului stomatologic (răzușe, freze, fisuri) cu care noi putem să extindem secțiunile noastre osoase, până la limita macroscopică a tumorii. Noi nu mai suntem nevoiți astăzi să facem rezecțiile clasice care ne indicau să urmărim întotdeauna limita suturilor osoase. Așa, în secționarea lamei palatine putem extinde intervențiunea noastră dincolo de sutura palatină; secțiunea apofizei malare de osul malar o putem face în oricare punct al osului, fără să fim nevoiți a urma locul de sutură între aceste două oase.

După precizarea acestor principii de conduită operatorie prezintă și descrie două cazuri operate de autor.

În primul caz este vorba de femeia Murășan Victoria de 22 ani, văduvă de răzhoiu din județul Turda. Intră în clinica Stomatologică la 27 Decembrie 1943 cu o tumoră a maxilarului superior drept, de mărimea unei mandarine.

Istoricul bolii: Bolnava ne spune, că aproximativ înainte cu un an a avut dureri dentare în această regiune. Se prezintă unui serviciu spitalicesc din Turda, unde i s'a făcut extracția molarului 2 și 3 din maxilarul superior drept. După 2 luni de zile observă că această regiune a maxilarului începe să se tumefieze, devenind dură dar nedureroasă, în ultimele 2 luni, tumefacția crește rapid, gingia se îngroașă, tumora ajungând la un volum care o împiedică la vorbire și masticatie și face imposibilă închiderea gurei și îi cauzează dureri iradiate în jumătatea dreaptă a feței.

Examenul local: gingia care acopere maxilarul superior drept din regiunea molarilor până la canin e de o culoare roșie intensă și îngroșată puternic. Suprafața neregulată și foarte dură la palpație. Îngroșarea se extinde atât în partea vestibulară, cât și în partea palatină; unde ajunge aproximativ la jumătate de centimetru de sutura lamei palatine a maxilarului superior. Având în vedere dezvoltarea atât de rapidă, duritatea atât de intensă, distrugerea osului maxilar, facem diagnostic clinic de Sarcom al maxilarului superior drept. O puncție exploratoare ne dă un rezultat negativ.

Examenul radiologic: maxilarul superior drept este complet decalcificat iar sinusul maxilar drept este umbrat în întregime.

Decidem rezecția maxilarului superior drept.

Am evitat a face o biopsie pe baza experiențelor anterioare când am constatat că o excizie exploratoare face ca o tumoră încapsulată până în momentul biopsiei să câștige deodată o evoluție foarte rapidă și în câteva zile să invadeze țesuturile învecinate în așa măsură, încât să devină inoperabilă.

Deci ne abținem de a face biopsie totdeauna, când nu avem posibilitatea să intervenim imediat după facerea biopsiei.

Observația: Primul timp: facem ligatura carotidei externe drepte la data de 28 Noiembrie 1943.

Al doilea timp hemirezecția atipică a maxilarului drept superior, care constă:

Incizia: a părților moi după Liston.

Incizarea mucoasei și ridicarea mucoasei de pe fața anterioară și posterioară a maxilarului.

Ridicarea conținutului orbitei pentru a ne pune în evidență lama suborbitară.

Deperiostarea osului malar.

1. Secționarea maxilarului superior drept de partea opusă la nivelul rebordului alveolar între cei doi incisivi centrali.

2. Secționarea palatului dur (secțiunea boltei palatine).

3. Secțiunea osului palatin, care se elimină împreună cu maxilarul.

4. Dijuncțiunea pterigo-maxilară.

După secționarea punctelor osoase urmează extracțiunea maxilarului superior.

Tamponăm cavitatea unde avem o mică hemoragie, cu toată ligatura carotidei externe. Această hemoragie o stăpânim însă ușor cu un tamponaj forte.

Tamponăm pentru câteva momente cu meșe inbibate în apă oxigenată pentru hemostază după îndepărtarea cărora tamponăm cu meșe inbibate în mastizol. Meșele cu mastizol au marele avantaj că pot fi reținute în plagă 4--5 zile, căci nu se inbibă, cu salivă și nu devin rău mirositoare. Acest tampon este susținut de o proteză provizorie imediată. Această proteză va înlocui palatul dur îndepărtat și închide comunicarea cavității bucale cu cavitatea nazală.

Bolnava după 59 zile de tratament, părăsește clinica cu proteza provizorie.

Revine la clinică la 10 Mai 1944, când se confecționează o proteză definitivă prevăzută cu dinți. După 6 zile părăsește serviciul complet vindecată.

Al doilea caz P. Ilie 54 ani, necăsătorit, care intră în clinica Stomatologică la data de 12 Februarie 1944.

Istoricul bolii: ne spune că în primele săptămâni ale lunii Decembrie 1943, simte dureri în timpul masticăției la nivelul gingiei superioare din partea dreaptă. După aceea observă că în această regiune i se îngroașă gingia tot mai puternic atât în partea externă, cât și în partea internă a maxilarului superior, care trece și în față în regiunea nazală dreaptă, accentuându-se la nivelul unghiului intern al ochiului drept. Îngroșarea aceasta din urmă îi dă turburări de vizibilitate și o ușoară congestie de sclerotică.

Examenul local: gingia maxilarului superior din dreapta foarte îngroșată, îngroșarea extinzându-se în partea palatinală cam 1 cm. spre stânga de linia mediană, iar în partea posterioară ea cuprinde și o mică parte a vâului palatin. Înainte interesează regiunea infraorbitară până la aripa dreaptă a nasului. Suprafața gingiei îngroșate de o colorație vie roșietică, neregulată, iar în locul dinților se constată amprente dinților antagoniști cu ulcerări acoperite de un strat necrotic albicios. La palpație se constată duritate atât pe fața palatinală, cât și pe fața vestibulară, chiar prin intermediul obrazului.

Toată tumora are un volum de mărimea unei portocale mai mici.

Diagnosticul preoperator: osteosarcom al maxilarului superior drept.

Tratament preoperator: ligatura carotidei externe drepte la data de 2 Martie 1944. Amprente pentru pregătirea protezei imediate. Îndepărtarea dinților gangrenoși, a tartrului dentar, rădăcinilor dentare (asepsia cavității bucale).

Intervenția chirurgicală: Rezecția atipică a maxilarului superior drept la 17 Martie 1944. După îndepărtarea masivului osos globul ocular atârând liber în câmpul operator pentru sprijinirea lui desprindem de pe lama coronoidiană o porțiune a tendonului și cu un fascicol mic din mușchiul temporal, îl înplântăm în regiunea mucoasei palatine incisivă de partea opusă rezecției și astfel obținem un suport imediat al globului ocular.

Rezecția osoasă în amândouă cazurile, contrar tehnicii urmate până acum se face cu ajutorul răzușelor (freze, fisuri dentare) care ne-au dat posibilitatea în tot timpul operațiunii să ne dispensăm de dalte, ciocan și chiar de fereștrăul Gilli.

Rezecțiile sunt atipice deoarece în secționarea planului osos nu ne-am condus de liniile de sutură osoase.

Prof. Michail: Considerațiuni asupra a 300 de cazuri de dacriocisto-rinostomie (apare în art col).

Prof. Buzoianu—Dr. Iubu—Dr. Albu: Trepanarea fosei pterigo-maxilare pentru schijă de granată inclavată în interiorul ei.

În cursul lunei Ianuarie 1944 ne-a fost adus dela spitalul militar din Sibiu, bolnavul U. Valentin, în vârstă de 24 ani, elev al școalei de subofițeri, pentru o schijă de granată inclavată în profunzimea masivului osos facial. Acest corp străin pătruns în fundul oaselor feței supără bolnavul deoarece îi determina dureri faciale profunde, cefalee și crize intermitente de nevralgii pe tractul nervului maxilar superior. — Odată cu bolnavul ni se prezintă și o serie de radiografii de față și de profil cari localizează corpul străin pe desenul scheletic al feței. — După aceste radiografii impresiunea este că schija se află în etmoidul posterior drept, chiar în fața sinusului sfenoidal. Înainte de a arăta orientarea noastră operatorie, redăm în câteva cuvinte foaia de observație clinică a acestui pacient:

Observație clinică: Cu câteva luni înainte în August 1943 în timp ce bolnavul era în poziție culcată un fragment de granată i-a pătruns prin globul ocular drept în profunzime. La două ore după această rănire a trebuit să i se facă enuclearea globului ocular respectiv deoarece traumatismul ocular era întins, iar scurgerea umorilor deja efectuată. Odată cu enuclearea s'a căutat în cavitatea orbitară atât cât a fost posibil corpul străin vinovat fără rezultat. Vindecarea orbitei s'a făcut în zece zile. S'au executat pentru localizarea schije radiografii de profil și de față. După aceste două planuri radiografice corpul străin părea să fie situat în fața sinusului sfenoidal drept între orbită și acest sinus probabil în etmoidul posterior.

De aceea s'a procedat în spitalul militar la cercetarea corpului străin în acest loc. S'a efectuat o rezecție septală și a cornetului mijlociu al fosei nasale drepte și s'a trepanat parțial etmoidul drept posterior însă fără niciun rezultat. Bolnavul fiind după această intervenție consultat din nou i s'a declarat că schija nu poate fi extrasă fără pericolul vieții. A plecat în concediu acasă de unde a revenit la începutul lunei Ianuarie. Prima intervenție făcută în spitalul militar pentru extracția schije a avut loc în Octombrie 1943.

Revenit în Sibiu, este consultat din cauza cefaleei și a durerilor faciale de către profesorul Ureche, care atribuie aceste simptome corpului străin. Intrat în clinica noastră la opt Ianuarie 1944, primul lucru pe care-l executăm bolnavului este o radiografie în poziția Hirtz menționat vertex placă pentru a preciza și mai bine datele pe care ni le furnizau radiografiile anterioare executate numai în poziția frontală și de profil.

Radiografia în poziția Hirtz completează în adevăr datele de localizare a celorlalte radiografii și anume: schija este localizată după această radiografie în regiunea în care se unesc fundul orbitei, sinusul sfenoidal drept și fosa pterigo-maxilară. (vezi radiografia Nr. 3, în poziția Hirtz).

Bazați pe datele acestei radiografii fără a da bolnavului asigurările unei extracțiuni sigure a schije îi propunem trepanarea largă a etmoidului posterior drept și a sinusului sfenoidal respectiv pe cale nasală. Această intervenție am socotit-o anticipat și ca un control operator al acestor sinusuri în vederea ulterioară eventuală a unei alte intervențiuni. Impresia noastră era așa cum se vede de altfel și pe radiografia Hirtz, că un capăt al schije proeminează în sinusul sfenoidal și că dacă am putea prinde de acest capăt extracția în totalitate a schije s'ar efectua fără dificultăți mari. La 12 Ianuarie 1944, am procedat la această trepanare sfeno-etmoidală largă pe cale nasală fără niciun rezultat. Ne-am dat seama atunci în mod sigur că schija este înafara sinusurilor posterioare și că imaginea de pe placa tip Hirtz este o imagine suprapusă, schija este în dreptul sinusului sfenoidal cu un colț însă nu în interiorul lui. De aceea ne-am oprit la timp și am efectuat chiar în timpul actului operator două radiografii

de profil cu repeuri metalice (stilet), care să ne orienteze asupra situației schije. Aceste repeuri (radio 4 și 5) ne-a demonstrat până la evidență că schija nu se află în zonă anatomică a sinusurilor posterioare.

Am considerat terminată deci această intervenție și ne-am hotărât după cicatrizarea plăgii de trepanare sfeno-etmoidală să cercetăm localizarea radiografică a corpului străin care ne interesa prin noui reperuri.

După două săptămâni dela această trepanare am procedat la o nouă localizare radiografică a schije.

În acest scop am fixat două repeuri metalice un stilet în fosa nasală dreaptă introdus în sfenoidul drept anterior trepanat și un ac gros pe care l-am introdus punționând diameatic sinusul maxilar drept până în peretele său posterior. Radiografiile executate au fost două (6 și 7) în poziție laterală și în poziția Hirtz. Fără nicio îndoială de astădată constatăm că schija este situată dincolo de peretele posterior al sinusului maxilar drept, sau că este situată în cea mai mare parte dincolo de acest perete. Conform rezultatelor acestor ultime radiografii ne hotărâm pentru un Denker lărgit drept. Această intervenție executată în profunzimea posterioară a sinusului maxilar drept simțim la tactul instrumental un capăt de câțiva milimetri al corpului străin. Prin urmare schija a putut fi găsită.

S'a executat o lărgire atentă a peretelui posterior al sinusului maxilar trepanat și s'a putut extrage schija în totalitatea ei. Prin urmare a fost nevoie de o trepanare trans-sinuso-maxilară a fosei pterigo maxilare pentru extragerea corpului străin. Tratamentul post-operator a fost identic celui care se efectuează după simplele trepanări tip Denker pentru sinuzitele maxilare supurate cronice. În zece zile dela intervenție bolnavul a fost complet vindecat. În felul acesta el a scăpat de turburările nevralgiforme datorite prezenței schije în raport cu nervul maxilar superior. Un motiv care ne obligă să considerăm că schija era în raport direct cu acest nerv, este alcătuit nu numai din durerile sale faciale anterioare extracțiunii dar și prin junghirile dureroase extrem de intense produse în timpul operațiunii prin tentativele de mobilizare laterală a schije. Toate încercările de a mobiliza schija, dădeau naștere la dureri extreme, probabil din cauza atingerilor compresive ori iritative ale trunchiului nervului maxilar superior. Tocmai pentru acest motiv a fost nevoie să se trepaneze peretele posterior sinusal în jurul schije pentru a-i face loc să poată fi bine prinsă cu o pensă puternică și trasă în afară.

Remarcăm că trepanarea peretelui posterior al sinusului maxilar trebuie făcută cu multă prudență din cauza caracterului hemoragiar al acestui act și pentru a nu leza organele fosei pterigo-maxilare prin o alunecare înopinată a dălții: ramurile arterei maxilare interne, nervul maxilar superior.

Din cele descrise reiese că o schijă de granată a fost extrasă din fosa pterigo-maxilară prin ajutorul unei operațiuni de trepanare trans-sinuso-maxilare a fosei pterigo-maxilare. Toată dificultatea extracțiunii acestui corp străin nu a fost operațiunea chirurgicală propriu zisă ci reperarea exactă a corpului străin. Dificultățile reperării exacte sunt în astfel de situațiuni mari din cauza imaginilor radiografice suprapuse la nivelul craniului cari pot induce în eroare. Numai două clișee simple de față și de profil nu sunt suficiente să precizeze exact situația unui corp străin în profunzimea scheletului facial. Cazul nostru dovedește că este nevoie de stabilirea unor anumite reperuri artificiale cum ar fi introducerea în cavitățile naturale ale feței a unor stilet sau ace metalice. Proiecțiunea acestor repeuri metalice în mai multe poziții față de aceea a corpului străin fixează mai bine situația reală a acestuia. În cazul nostru reperul cel mai bun a fost acul de puncțiune plasat în sinusul maxilar atingând cu vârful peretele posterior al sinusului. Acest ac proiectat în două poziții, de profil

și Hirtz ne-a arătat până la evidență că schia este situată dincolo de sinusul maxilar punționat în spațiul pterigo-maxilar.

Cum acest reper ne-a fost suficient pentru lămurirea situației reale a corpului străin care ne interesa am renunțat la ideea de a punționa fosa pterigo-maxilară la nivelul obrazului cu un alt ac așa cum facem obișnuit pentru anesteziile trunchiului maxilar superior în operațiile tip Denker. Acest nou reper s'ar fi putut proiecta în poziție frontală pe un clișeu radiografic însă nu a mai fost nevoie de el. Este totuși aceasta o nouă posibilitate pe care o menționăm, la care ne-am gândit, dar pe care nu am executat-o ne mai fiind necesară după obținerea rezultatelor reperului fixat în sinusul maxilar pe cale diameatică.

Ceea ce observăm în descripția cazului nostru clinic este că din el se degajă următorul învățământ de orientare operatorie în cazul corpilor străini supărători situați în profunzimea oaselor feții: întâi reper perfect, localizare ideală dacă se poate spune a corpului străin, nu numai prin simple clișee radiografice ci și prin metode artificiale prin introducerea de stilette metalice în cavitățile naturale ale feții și numai apoi intervenția de extracție. În al doilea rând este trepanarea trans-sinuso-maxilară a fosei pterigo-maxilare, operațiune care în domeniul nostru rinologic are indicațiuni rare, dar care pentru cazul nostru special se impunea din cauza iritațiilor dureroase la care era supus nervul maxilar superior. În zilele care au urmat după intervențiune toate fenomenele dureroase cefalalgice și faciale legate de prezența corpului străin menționat au cedat complet.

Abordarea chirurgicală a fosei pterigo-maxilare se făcea în trecut de către chirurghi pentru a se rezeca nervul maxilar superior sau ganglionul sfeno-palatin. Indicațiile operatorii asupra acestor organe la acest nivel aproape nu mai există astăzi. Totuși ca în cazul nostru special indicațiunea de a se pătrunde în fosa pterigo-palatină, poate fi pusă în împrejurări particulare cum ar fi un corp străin iritant pentru organele nervoase din această fosă.

În trecut se cunoșteau trei căi de acces operatoriu în interiorul fosei pterigo-maxilare:

calea zigomatică (Lössen, Braun, Segond)

calea orbito-malară (Scribba)

calea trans-maxilară (Carnochan).

Această ultimă cale a fost aceea urmată de noi din cauza situației convenabile a corpului străin pentru a fi extras prin acest procedeu, din cauza faptului că nu producem o cicatrice facială în felul acesta și în fine din cauza ușurinței noastre particulare de a ne orienta mai bine în calitate de rinologiști la nivelul regiunii sinusului maxilar.

Buzoianu-Iubu-Albu: Prezentări de cazuri (laringostomie pentru stenoză traheo-laringeană, laringectomizati total).

Cazurile pe care le prezentăm societății noastre medicale se referă la bolnavi operați pentru traheo-laringostenoză, unde am practicat operațiunea numită laringostomie și la bolnavi operați pentru cancer intra-laringean bilateral, unde am practicat laringectomia totală.

Primul caz: Laringostomie pentru traheo-laringostenoză cicatricială. Este vorba de o bolnavă de 27 ani, care este în îngrijirea clinicii noastre în mod intermitent, de mai mulți ani. Ea prezenta o stenoză cicatricială în urma unui accident traumatic cervical care a trebuit să fie tratată la început printr-o traheotomie. Acest accident s'a întâmplat în 1934, timp de când bolnava a fost obligată să poarte o canulă traheală până în 1942. Pentru a scăpa de canulă, deci pentru a putea respira pe căile aeriene superioare buco-nasale și mai ales pentru a putea vorbi cu glas tare, bolnava a consultat la început specialiștii din Bucu-

rești. Aceștia însă i-au dat numai sfaturi verbale și mai ales indicațiuni pentru tratamente în străinătate. Ajunsă la clinica noastră în Cluj, am constatat că prezintă un diafragm cicatricial complet, situat la nivelul regiunii de trecere laringo-traheală. Acest diafragm oblitera total comunicarea dintre laringe și trahee așa încât obliterarea orificiului de traheotomie cu degetul după scoaterea canulei, dădea bolnavei fenomene de sufocație. Ne-am hotărât să luăm în tratamentul clinicii noastre pe această bolnavă. Sub impresia că acest diafragm cicatricial nu se va mai reface odată topit prin electrocoagulare prin manopere endoscopice am utilizat această cale. Cu toate dilatațiile făcute în mod prelungit cu tuburi cauciucate la nivelul stenozei, a trebuit să constatăm că stenoza se refăcea cu o persistență diabolică, la câva timp după ridicarea tuburilor dilatatoare. Incercările endoscopice de permeabilizare traheo-laringeană, m'au făcut să pierd un timp important, până m'am decis să utilizez intervenția pe cale externă, adică traheo-laringostomia.

Am practicat o traheo-laringostomie totală mediană în 1942, adică am secționat laringele și traheea pe linia mediană, am scos cicatricea obliterantă și am reînceput dilatațiunile cauciucate timp de un an de zile. Când ne-am convins că permeabilitatea canalului traheo-laringean este perfectă și definitivă, am trecut la obliterarea gurei laringo-traheostomice, cu ajutorul unei plastii cutanate cu dublu capac de piele. Amănunte mai detaliate ale tehnicii nu le cred oportune într-o simplă prezentare de caz. Dacă îl prezint, o fac pentru faptul că această intervenție și acest gen de tratament, care redă vocea și respirația normală unor astfel de bolnavi, se practică până în prezent în țara noastră numai în clinica noastră.

Celelalte cazuri: Două cazuri de laringectomie totală pentru cancer laringean bilateral. Astfel de cazuri am mai prezentat în 1941 în fața societății noastre și de asemeni în Cluj, în vremea neuitatei noastre vieți medicale de acolo. Prezint aceste două noul cazuri în fața societății, întru cât publicul medical ascultător format mai ales din tinerele generații medicale, se reînoește continuu și că deci datorită noastră este și aceea de a reîmprospăta posibilitățile terapeutice ale clinicii noastre. Acest lucru cu atât mai mult este o datorie, cu cât laringectomia totală este o intervenție care se execută luând în considerare clinicile de specialitate din țară, numai în clinica noastră.

Laringectomia totală este o operațiune care salvează viața căci se adresează unei afecțiuni care netratată, duce la moarte. Ea este o intervențiune mutilantă anatomică și fiziologică, căci reia vocea și respirația buco-nasală, dar poate salva însă bolnavul dela o moarte sigură, care survine în condiții teribile, cu condiția ca indicațiunea operațiunii să fie bine pusă.

Nu beneficiază de laringectomie totală decât cancerul pure laringeene, adică cele intra-laringeene care nu depășesc orificiul superior al laringelui. Este dela sine înțeles că neoplasmele laringo-laringeene nu sunt indicate acestui gen de intervenție.

Laringectomia totală este o intervenție dificilă, totuși nepericuloasă, dacă este executată cu toată atenția care trebuie acordată îngrijirilor pre- și post-operatorii. Din cele douăzeci și trei de cazuri operate în clinica noastră, n'am înregistrat decât un singur accident datorit și acesta neglijenței grifilor post-operatorii.

Pentru clinica noastră, laringectomiile totale ca și laringectomiile parțiale sunt operațiuni obișnuite, pentru care nu așteptăm decât cadrul nostru arhitectural natural, care să ne fie suficient de larg, care să nu ne stingherească așa cum ne simțim în instalația noastră provizorie actuală din Sibiu. Acest cadru natural al nostru este clinica noastră din Cluj.

Note și informațiuni

Reviste noi. *Revue Roumanie de cardiologie* este noua revistă de cardiologie ce apare la București, din inițiativa și sub direcțiunea Profesorului Basil Teodorescu, titularul Clinicei a IV-a Medicale dela Spitalul Colțea, fost intern al spitalelor din Paris. Această excelentă realizare constituie nu numai prima revistă de cardiologie română, ci dă posibilitatea, ca prin publicarea într-o limbă de circulație universală, să fie cunoscute și în străinătate cele mai importante lucrări științifice ale tuturor cardiologilor români, rămânând totodată deschise și colaboratorilor străini. Până în prezent au apărut numerele 1-2 și 3-4, în care semnează articolele: B. Teodorescu, împreună cu colaboratorii C. David, E. Viciu, I. Avram, S. Papadopol, C. Păunescu, I. Temelescu, T. Roxin, precum și I. Goia, cu A. Moga și C. Manta. Înalta ținută științifică a lucrărilor din primele numere, situează revista dela început, într'unul dintre cele mai onorabile locuri printre perioadele de cardiologie, iar execuția tehnică ireproșabilă o face comparabilă cu cele mai îngrijite reviste occidentale din vreme de pace. (Prețul unui număr: 400 Lei; iar al abonamentului anual: 1500 Lei. Redacția și Administrația: Clinica IV-a Medicală, Spitalul Colțea, București).

Pe data de 20 Iunie 1944, s'au făcut următoarele numiri provizorii în posturi vacante de medici de circumscripție rurală:

D-ra Dr. Leonescu Ștefănescu, la circ. Mărtinești, județul Hunedoara.

D-ra Dr. Nandra Elena, la circ. Ineu, jud. Arad.

D-l Dr. Lupașcu Vasile, la circ. Hălmășel, jud. Arad.

D-ra Dr. Cosma Lucia, la circ. Vânători, jud. Arad.

D-na Dr. Eugenia Todirică Ciobanu, la circ. Mirăslău, jud. Alba.

D-ra Dr. Maria Boldea, la circ. Moldova Veche, jud. Caraș.

D-l Dr. Popovici Dan, la circ. Lunca Cernii, jud. Hunedoara.

D-l Dr. Aurel Șerban, la circ. Rapoltul Mare, jud. Hunedoara.

D-l Dr. Grozea Traian, la circ. Deag, jud. Târnava Mică.

D-l Dr. Maier Nicolae, a fost numit definitiv medic-șef de laborator la Institutul de igienă și sănătate publică Sibiu, în baza concursului depus, s'au făcut următoarele numiri definitive de medici de circumscripție.

Dr. Popa Radu Victoria, la circ. Petrila, județul Hunedoara.

Dr. Dragoș Costina Sirona, la circ. Birtin, județul Hunedoara.

Dr. Pop Fabiu, la circ. Călnic, jud. Alba.

Dr. Popovici Teodor, la circ. Mirăslău, jud. Alba.

Dr. Bujilă Mircea, la circ. Miersig, jud. Bihor.

Dr. Gonțea Ilarie, la circ. Tulcea, jud. Bihor.

Dr. Caliani Marius, la circ. Ferdinand Bistria, jud. Severin.

Dr. Foișoreanu Constantin, la circ. Săvădisla, jud. Turda.

Dr. Teohari Petru, medic definitiv al circ. Băneasa, din București, se transferă în aceeași calitate la Sacoșul Turcesc-Timiș.

Dr. Denișiu Alexandru, se transferă după cerere la circ. Țânțari, jud. Brașov.

In Mon. Oficial Nr. 146 din 26 Iunie, s'a fixat data ținerii concursurilor de internat și externat în medicină la București și Sibiu.

In Mon. Oficial Nr. 150 din 30 Iunie, s'a publicat Regulamentul pentru prevenirea și combaterea turbării.

Cu începere dela 1 Aprilie 1944, personalul sanitar auxiliar și de serviciu, care nu este mobilizat pentru lucru și care nu face parte din elementele armatei, aparținând spitalelor publice, instituțiilor publice și așezămintelor particulare, controlate de Ministerul Sănătății este rechizionat în serviciile ce ocupă la acea dată. Centrele unde se aplică sunt: Timișoara, Arad, Sibiu, Brașov, Lugoj.

In Mon. Oficial Nr. 157 din 8 Iulie 1944, s'a publicat vacanta postului de medic al circ. Macea, jud. Arad.

Dizenteria — fantoma tuturor războaielor

devine mai puțin periculoasă prin aplicarea unei terapii adecuate.

Formele atoxice se înlătură imediat prin

Aplona

antidiareeicul biologic pentru antisepsie intestinală.



Dieta de mere APLONA
combinată cu derivatele sulfamidice
împiedică constipațiile neplăcute,
permițând prin aceasta elimina-
rea tuturor germenilor toxici.

„Rhenania”, Kali-Chemie, A.G., Secția farmaceutică, Berlin-Niederschöneweide
Dep. pentru România: „Pharmag” S.A. Brașov, Strada Regina Maria No. 18

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență — Hipotonie — Sarcină — Turburările bătrânești

Vătămare generală a circulației:

Gripă — Difterie — Tuberculoză — Febră tifoidă — Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni — Nașteri — Hemoragii — Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

„Transmare” S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



PARALIZIE GENERALA
ARSENOTERAPIE

Stovarsol
sodique

4 oxi - 3 acefilaminofenil - 1 arsinat de sodiu

FIOLE DE 0,50 gr. SI 1 gr.

INJECTII de 1 gr.
SERII de 20 la 30 gr.

CALE SUB-CUTANATA
sau INTRAMUSCHIULARA
IN ASOCIATIE
CU
PIRETOTERAPIE

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES "POULENC FRÈRES" et "USINES du RHÔNE"
21, rue Jean Goujon - Paris

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. A. Botez, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato,
Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr.
L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu
Prof. Dr. J. Guiart, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu,
Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr.
D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof.
Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Prof. Dr. Tr. Popovici,
Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția,
Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof.
Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ



Cu privire la terapia hormonală cu substanțe proprii organismului

În afară de acțiunea Progynon-ului în turburările climatice și ale menstruației, Progynon-ul realizează, ca hormon folicular propriu organismului, o creștere a bunei stări generale și înviorare efectivă a dispoziției generale.

Rezorbția perlinguală

a Progynon-ului în picături atunci când se ia atât cât e indicat (de 4 ori pe zi câte 5-10 picături-nediluate) se săvârșește atât de bine, că se obține un efect sigur, chiar și cu doze hormonale relativ mici.

În aplicarea perlinguală, hormonul intră în sânge pe cale directă (1) fără să fie inactivat în parte în ficat, după cum se întâmplă în rezorbția gastro-intestinală (2).



AMBALAJE:

Picături de Progynon
2 mg în 20 cc.

Picături de Progynon forte
15 mg în 20 cc.

August

SCHERING A.G. BERLIN

Coderș, București, Str. Clemenceau 6

Of. Reg. Com. 892/933.



La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid- picături

Flacoane à 10 gr.



Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
”	0,10/2	” —	” ” 5 ”
”	0,50/5	” —	” ” 3 ”
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
”	0.005/1	” —	” ” 6 ”
”	0,025/1	” —	” ” 3 ”
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	” ” 6 ”	1 ”
”	50.000 .U. I.	” ” 3 ”	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**

In stări de debilitate
precum
și în coalescență



TONICUM »Bayer«

Determină o promptă restabilire a forțelor fizice
Ambalaje originale: Flacoane cu 180 ccm.

»Bayer«



LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA” S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53, Tel. 6.01.80
Inmatriculat Reg. Com. Nr. 453s/936

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

— SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

Iuliu Hațieganu: Neuroza tipică a femeii de 30 ani	Pag. 389
Prof. C. I. Urechia, Dr. Dragomir L., Dr. Dragomir Teofil și Dr. Duma D.: Latirism cu paraplegie	" 394
Dr. V. Săbăduș: Modificările elementelor figurate sangvine în afecțiunile hepatice	" 397
Dr. I. Danicico, Dr. I. A. Ionescu, Dr. I. Pușcariu și Dr. D. Bucheru: Valoarea simpatectomiei primului ganglion lombar în tratamentul cauzalgiei membrului inferior, în legătură cu un caz de cauzalgie după rănire de războiu	" 400
Dr. Gh. Faur și Dr. Gh. Ioanoviciu: Considerațiuni clinice și patogenetice asupra cancerului pancreatic cu diabet grav și cu acidoză	" 403

Medicină de războiu:

Prof. Dr. Marius Sturza: Fizioterapia în războiu	" 405
Dr. Susan Bartolomeu și Dr. Bălan Mircea: Tratamentul fracturilor de războiu complicate cu osteită	" 409

Probleme terapeutice:

Dr. Ioan Șerbu: Contribuțiuni la studiul tratamentului stărilor depresive	" 412
--	-------

Societăți medicale

Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu. — Reuniunea Anatomică. — Asociația Internilor și Externilor.	" 416
---	-------

Revista cărților :

Prof. Dr. Marius Georgescu: Manual de Obstetrică - Teoretică și Clinică - Conf. Dr. Victor Preda: Biologie teoretică - Prof. M. Ciucă, L. Ballif M. Chelarescu: Contribuțiuni la studiul imunității în infecția paludeană experimentală.	" 429
---	-------

Note și informațiuni

Decrete-Deciziuni.	" 432
--------------------	-------

BIO LACTYL

PREZENTARE: 1. Cultură lichidă (cutii cu 1 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

Indicațiuni Principale

Putrefacțiile intestinale și auto-intoxicațiile secundare

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicații, amețeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc., și în sfârșit colibacilozele.

Indicațiuni Secundare

Afecțiuni ginecologice:

Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau nașteri grele. - Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuințare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecțiuni urologice: În cistite; instilațiuni cu BIO LACTYL.

Tratamentul plăgilor: În pansamente umede BIO LACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

Modul de întrebuințare :

CULTURA LICHIDĂ: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $\frac{1}{2}$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATĂ:** 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și Literatură :

Laboratorul Farmaceutic „LUTEȚIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREȘTI III. Telefon 13815.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Neuroza tipică a femeii de 30 ani

(Sindromul lui Balsac)

de

Iuliu Halleganu

În 1942 s'au ținut la Salzburg sub auspiciile Academiei din Viena pentru perfecționarea medicilor un ciclu de conferințe cu titlul „*Die Frau, ihre Physiologie und Pathologie*”. Conferințele ținute de cel mai distins reprezentant al științei medicale germane și apărute într'un volum redactat de profesorul Risak au îmbrățișat în 25 lecțiuni aproape întreaga problemă fiziologică, patologică și socială a femeii, fără a cuprinde însă epocile vârstei ei. Deși acest capitol este suficient desbătut și cunoscut, prezentarea lui ar fi contribuit mult la o vedere mai integrală a „marel și veșniciei enigme” a femeii. Acest fapt și observațiile mele care se referă la sute de cazuri mă îndreptătesc să fac această comunicare.

În ultimii ani, mai ales la consultații, am avut ocazie să examinez foarte multe femei — în vârstă de 30 ani — cu simptome atât de identice, încât, izbit de uniformitatea lor, am supus aceste bolnave unei observații minuțioase și unei examinări concentrice.

Studiul sindromului constat la aceste femei — aproape toate la vârsta de 30 ani — s'a impus cu atât mai mult, cu cât — recitând romanul „*La femme de trent'anne*” a lui Balsac, am regăsit pacientele mele în figura suferindă a Doamnei Iulie de Montaignon. Și în medicină — ca în alte ramuri ale științei — uneori nu omul de știință, ci artistul, poetul, romancierul face anumite descoperiri.

Femele de 16 ani, femele de 50 ani, sunt bine cunoscute în medicină, — pe femele de 30 ani a descoperit-o Balsac.

Balsac — acest „*Hercule litteraire*”, după propria expresie, acest „grand connaisseur du coeur humain” după expresia unei prietene a scriitorului, în romanul său „*La femme de trente ans*” prezintă un tablou

clinic ca un adevărat maestru de clinică. Prezintă o stare morbidă a unei epoci din viața femeii — o stare — cu care medicul se întâlnește zilnic și pe care necunoscându-o adeseori o interpretează greșit.

Vârsta după unii este o „afacere personală”, am putea zice „biopolitică”.

Se obișnuiește a deosebi anumite perioade ale vârstei. Romanii vorbeau de *pueri, iuniores, seniores*.

Noi deosebim patru perioade și între aceste stări de tranziție, numite și „epoci critice”. La stabilirea acestor vârste respectăm și noi numărul de 7 — care s'a obișnuit deja din epoca lui Solon (600 î. Chr.).

I. Perioada copilăriei	1—14	} Pubertate	14—17
II. Perioada tinereții	14—28		
III. Perioada vârstei adulte	28—49	} Adolescența	28—35
IV. Perioada îmbătrânirii	49—63		
		} Climacter	49—52
și bătrâneții	63—		
		} Criza vieții	63—65

Epocile de tranziție din cauza modificărilor mari endocrinno-vegetative sunt stări, în care organismul trece printr'o *criză psihosomatică*. În aceste crize glandele genitale joacă rolul primordial. Aceste stări sunt mai ales manifeste la femei la care metamorfozele psihosomatice sunt foarte evidente.

Femele de 30 ani trece printr'o criză psihosomatică. La această vârstă sufletul femeii este mai vibrant ca oricând, am putea zice, este în permanentă vibrație, vibrație ritmată de mediul înconjurător, față de care femele la această vârstă are o sensibilitate exagerată, iar unele, mai ales cele cu anumite dispoziții, reacționează cu fenomene morbide.

Conflctele mcl, marl, continue, provoacă la unele femei ale vârstei de 30 ani un dezechilibru al sistemului nervos vegetativ, o disordine în sistemul hormonal. Provocarea dezechilibrului se face cu ușurință femeia la această vârstă fiind într-o stare de extremă labilitate.

Femeia la această vârstă intrând pe de-a-ntregul în societate — mediul — familia — societatea — toate aceste îi crează o serie de conflicte sufletești și trupești. Din aceste conflicte la femeia cu o constituție mai labilă și mai deblă, rezultă turburări fizice și psihice — care se manifestă printr'un tablou clinic caracteristic.

Este o constatare azi recunoscută și de alții, că o parte importantă a femeilor de 30 ani prezintă o labilitate mai accentuată a sistemului neuro-hormonal. „Constituția sexuală” acestei epoci este în general foarte labilă. Femeia reacționează cu deosebire la conflictele continue fie conștiente, fie inconștiente, printr'o *nevroză* am putea zice *specifică acestei vârste*.

Sub vârsta de *treizeci ani* — nu înțeleg vârsta calendaristică exactă — ci vârsta biologică, care după constituție variază între anii 28—35. La această vârstă se prezintă la unele femei cu o stare neurovegetativă iritabilă — turburări din partea glandelor genitale — producând astfel o stare și mai labilă ce se transformă ușor într'o stare morbidă cu deosebire dacă conflictele se înțesc și se prelungesc.

Observațiile noastre (câteva sute de cazuri) cuprinzând bolnave din toate straturile sociale arată că *reacțiile morbide sunt identice*. Sindromul este același, la femeia din capitală, la femeia din cea mai înaltă societate, precum și la femeia din satul din fundul munților ori la femeia din cel mai mizer mediu social. Traumatismele psihice variate provoacă aceeași reacție în aceeași constituție.

Această uniformitate și egalitate a reacțiilor am putea-o explica prin intermediul sistemului nervos central, în deosebi prin *intervenirea mesocefalului* care formează o punte prin care sufletul (sistemul nervos cerebral) comunică cu întreg trupul.

Între suflet, sistemul nervos vegetativ și endocrin există o influență reciprocă.

Prezentarea cu regularitate a acelorași simptome se poate explica numai prin intervenirea acelorași centre vegetative. Prolungirea nervoasă a centrelor acestora până la celulă pare a fi documentată prin cercetările lui *Stöhr* (Sincițiul universal neurovegetativ), și a lui *Sunder Plasman* (Mesenchimul activ cu funcții neuroplastice).

Dintre organe mai ales *inima* are legături foarte intime cu mesocefalul, centru foarte influențabil de procesele psihice.

Precum în corelația glandelor endocrine centrul îi deține ipoteza — astfel centralizarea suferințelor orga-

nice se face prin mesocefal. Prin sistemul nervos vegetativ central se face o centralizare a suferințelor celulare din întreg organismul. Mesocefalul este un adevărat „Viscerale Gesamtorganismus” după definiția germană.

Noi credem, că în mecanismul intim al acestui sindrom atât de bine conturat și atât de uniform are un rol sistemul nervos vegetativ central, care putând acționa la distanță, poate provoca felurite sindrome, (endocrine, alergice, neurotice).

În provocarea simptomelor în neuroze joacă rol constituția, traumatismele psihice, însă aspectul clinic îl determină mai ales starea constituțională și reacția sistemului nervos vegetativ central.

Concepem neuroza, ca un *sindrom morbid fără leziune organică provocată printr'o dinamică psihică specială la un individ cu o constituție labilă*. Psihogeneza este mai ales importantă — iar sindromul este determinat de turburări vegetative-endocrine cu repercusiuni asupra diferitelor organe.

În cele ce urmează vom încerca prezentarea tabloului clinic în neuroza femei de 30 ani cu care ne întâlnim zilnic în practică.

Neuroza vârstei pubertare și climacterice este cunoscută. Și în aceste neuroze colaborează labilitatea endocrino-vegetativă și o dinamică psihică — determinată de conflicte familiare-sociale, însă tabloul clinic este foarte variat.

Femeia de 30 ani reacționând în mod uniform cu același tablou clinic neurotic — vorbim de *nevroza tipică a femeii de 30 ani*.

Sindromul neurozei tipice a femeii de 30 ani se compune din următoarele simptome:

Durere în regiunea precordială cu iradieri în brațul stâng. Această durere se localizează aproape în toate cazurile sub mamela stângă ocupând de obicei două-trei spații intercostale (V-VI-VII) în formă de bandă — având o întindere dela marginea stângă a sternului până la linia axilară mijlocie ori până la coloana vertebrală. Mai rar se localizează supramamelar la nivelul spațiilor intercostale III și IV. Durerea poate avea caracter de arsură, prestune, jenă, senzație de constricție sau distensune, de obicei este de lungă durată — poate să dureze dela câteva minute până la mai multe ore, „*Mon coeur est un plaie*” exclamă Doamna Iulie de Montalglon.

Durerea nu este însoțită de angoare — de senzația morții iminente și nu se accentuează, ba din contră, adeseori diminuează la efort. Uneori este însoțită de senzația unei dispnee ușoare. Ea apare foarte capricios mai ales la emoții, uneori în anumite poziții, mai ales la culcarea pe partea stângă (*Lagerungskardialgie*). În această poziție adeseori durerea pleacă din extremitatea superioară stângă, extinzându-se asupra regiunii precordiale. Uneori se adaugă durerea palpitărilor de inimă.

În unele cazuri aceste palpații survin frecvent. O tahicardie moderată (90 - 100), este destul de frecventă.

În general durerea are caracterul unei *iperalgesii cutanate (zone Head)* și mai rar a unei *iperalgesii profunde* musculare ori de țesut conjunctiv (*zone Mackenzie*).

Stabilirea punctului de plecare a durerii precordiale este foarte dificilă. Proiectarea zonei dureroase la metamerele măduvei corespunde în cele mai multe cazuri nivelului D₅—D₆ și D₇ foarte rar D₇—D₈. Din acest teritoriu proiectat nu putem conchide cu siguranță asupra punctului de plecare din inimă. Inima după *Laubry* din orice regiune poate „crier sa douleur“. Plexul nervos cardiac fiind foarte întins și cu înțimă conexiune — din orice regiune poate da o proiectare atât difuză cât și localizată a durerii. Localizarea durerii fiind aproape totdeauna aceeași (V-VI-VII intercostal stg.) nu este exclus, că punctul de plecare e mai mult din inima stângă din regiunea vârfului inimii. Din această regiune după unii autori pleacă unele firsoare nervoase cu legătura prin ramurile comunicante cu zona medulară corespunzătoare zonei vertebrale VI-VII. Probabil că aceste firsoare transmit *durerea precardiacă*.

Nu se poate stabili cu certitudine mecanismul producerii durerii. Nu putem preciza că este o distensiune, ori un spasm coronarian ori numai o excitație a plexului nervos cardiac. Electrocardiograma în toate cazurile a fost normală, nu s'a putut descoperi nici după efort semne electrocardiografice de suferință coronariană. Examenul inimii a arătat condiții normale. Am constatat însă în toate cazurile o discretă hipertensiune, mai mult medie și minimă.

Durerea fiind localizată însă totdeauna în aceeași regiune arată o turburare la nivelul inimii și o interpretăm ca un reflex viscero-sensitiv. Durerea probabil pleacă de la aceea parte a inimii — care primește inervații simpatice de la D₅—D₇. Uneori această zonă este mai întinsă putându-se produce prin intersegmentare o iradire și în zonele vecine.

Turburările respiratorii se manifestă mai ales printr-o senzație bizară de insuficiență respiratorie. Bolnava are senzație, că aerul nu penetrează până în adâncimea plămânilor. Germanii au un termen foarte expresiv: „Sie kann nicht durchatmen“. Această senzație bizară face, ca bolnavele adeseori simt o necesitate de-a respira profund — care uneori trece într'un adevărat oftat sgomotos — observat și de aparținătorii („soupirs“ lui de Montaigne a lui Balsac) — altele constatăm mai mult o senzație de foame de aer. „Nu am aer suficient“, deși căile respiratorii sunt libere.

Plânsul bogat în lacrimi, inundarea cu lacrimi la cele mai mici afecte este foarte caracteristic. Femeia de 30 ani a lui *Balsac* plânge aproape în fiecare pagină a romanului: „Les yeux se mouillaient de larmes“, „Elle

fondit en larmes“, „Versait des larmes“, „dévoraient ses larmes“, „Pleurs amers“. În cursul examinării medicale bolnavele dacă sunt întrebat: „plângi ușor?“ întrebarea este suficientă pentru a produce cu promptitudine această „*reacție a lacrimilor*“.

Durerea precardiacă, turburările de respirație, plânsul ușor, formează o *triadă caracteristică* — care fiind prezentă aproape în toate cazurile — atrage atenția asupra diagnosticului.

Al patrulea simptom aproape constant este *ipofuncția ori disfuncția ovariană* — care se manifestă prin oligomenoree — mai rar dismenoree.

Simultan cu aceste fenomene uneori survin și alte turburări din sfera genitală (coitus dureros, frigiditate).

La examenul ginecologic adeseori un uter mic, dur și fluor. Titrarea hormonilor în urină, trădează aproape în toate cazurile ipofuncția totală ovariană (atât funcția folliculară, cât și a corpului galben modificate).

Frecvența acestor simptome ne permite să vorbim de o adevărată tetradă simptomatică. *Durerea precardiacă, turburări respiratorii, plânsul și ipofuncția ovariană, sunt semnele întâlnite aproape în toate cazurile*.

Destul de frecvent punem în evidență o *distonie neuro-vegetativă* (amfotonie cu turburări de echilibru) cu dispoziție spre fenomene *allergice* (urticarie, ekzemă). Adeseori aceste stări se manifestă prin turburări vasomotorii — parestezii — sensibilitate exagerată față de căldură, turburări secretorii gastrice (hiperaciditate) turburări diskinetice gastrointestinale cu o tendință spre constipație spastică, cefalee, migrenă.

În *sfera psihică* mai adeseori o tendință spre ipocondrie, fobii (mai ales boli de inimă, cancer, stări de nemulțumiri, de reverii, de melancolie „longues meditations“ la femeia de 30 ani a lui *Balsac*) lipsa puterii de decizie, de muncă, ori o excitabilitate cu reacții afective mari, furtunoase — uneori nemotivate. *Durerile în tot corpul* (algii) sunt foarte frecvente („océan de douleur“ la femeia de 30 ani a lui *Balsac*).

Anemie discretă oligocromemică se observă adeseori.

Amintim apoi *ipertensiunea discretă* (medie-minimă). Această hipertensiune este reversibilă. Ea poate deveni și constantă și să albească cu timpul drept consecință o leziune organică cardiovasculară. Femeile care la 30 ani prezintă aceste simptome — uneori în menopauză au o hipertensiune cu tendință mare spre afectarea inimii și rinichilor.

În unele cazuri constatăm semne discrete de *ipertiroidism*. (Metabolism bazal ușor mărit: + 20—25%).

Toate aceste simptome în cadrul triadelor ori tetradelor simptomelor amintite — la o femeie de 30 ani ne permit să stabilim diagnosticul de *nevroză tipică a femeii de 30 ani*.

Întreaga această suferință nu o putem caracteriza mai bine decât utilizând cuvintele lui Balsac „*Souffrance physique et morale*”.

Vom admite deci, că o parte a femeilor de 30 ani prezintă o stare caracteristică. În cadrul unor turburări în sfera psihică și neuro-hormonală se prezintă algiile cardiace, turburări de respirații, plâns ușor, care ne permite diagnosticul de neuroză tipică a femeii de 30 ani. Această stare durează $\frac{1}{2}$ —1 an, mai rar 2—4 ani cu remisiuni și recidive.

În patogenia acestor neuroze joacă rol următorii factori:

1. *Dispoziția constituțională (ereditatea — vârsta de 30 ani).*

Se observă la femei cu o constituție labilă caracterizată mai ales printr'un eretism accentuat al sistemului nervos central — al sistemului nervos vegetativ și hormonal.

Afară de această stare constantă constituțională, în care uneori și ereditatea se poate pune în evidență, admitem încă o stare *transitorie în plus, desechilibrul vegetativ hormonal al vârstei de 30 ani* care se adaugă stărilor constituționale.

Cea mai mare parte a femeilor suportă această epocă de criză a vârstei fără turburări evidente. La o parte însă, destul de importantă, 20—30% — cu o dispoziție constituțională, se mai adaugă și o stare labilă, iar aceasta este foarte propice de-a da reacții patologice evidente între împrejurări speciale. Simultan cu turburări din partea ovarelor — organe cu relații fiziologice intime cu hipofiza, tiroida, glandele suprarenale și cu sistemul nervos central vegetativ (mesencefal) se prezintă o serie de simptome cu predominanță cardiovasculară.

Această constituție caracterizată printr'o labilitate neurohormonală este *factorul predispozant*, este *terenul* propice acestor turburări atât de caracteristice și atât de frecvente la femei de 30 ani.

Dinamica psihică este al doilea factor important — *provocator*. Această dinamică este influențată în mod hotărâtor de mediul inconjurător (peristază) de „spațiul vital” care oferă o serie de cauze excitante pentru dinamica psihică. Dintre aceste cauze figurează mai ales conflictele mici — repetate, continue, lovituri morale, sociale, crize de ideal, conflicte cu cel din jur, conflicte cu sine însăși.

Viețea cere mult dela aceste femei — dar și femeile aceste cer mult dela viață — aceste cereri duc de obicei la oboseală — la nemulțumiri. Dinamica psihică specială, trăirea cu tendința de stăpânire, valorificare, instinctul sexual, conflictul cu mediul (peristază inhibitoare) combinându-se protelform — provoacă reacții din partea organismului care reacții se repercutează adeseori asupra unui organ — dând simptome

identice ca în bolile organo-somatice. (Ausdrucksgemeinschaft — v. Weissäcker).

Criza psihică provoacă la aceste femei cu o constituție neuro-hormonală printr'o deranjare al echilibrului neuro-hormonal labil o stare morbidă cu alură organică.

„Cette douleur lui attaquant toutes les fibres, la coeur et la tête” admirabilă definiție a suferinței Doamnei Iulle de Montalglon — definiție dată de marele cunoscător de inimi femeiești — romancierul Balsac.

Dinamica psihică lezată se repercutează la femei de 30 ani asupra *inimei* — organul care se lasă mai ușor „agrât” — („ansprechbar”) și asupra sistemului *vasomotoric* — dând cele mai variate semne cardiovasculare. Inima reacționează însă în mod egal în toate cazurile și prin aceasta, neuroza femeii de 30 ani este o quasi neuroză tipică, caracterizată prin acest *cardiotropism* accentuat.

În general, în neuroză între afect și organ nu este o corespondență specifică. În neuroza femeii de 30 ani reacția organismului este întotdeauna aceeași. Simultan cu turburări cardiovasculare se instalează și o insuficiență — ipofuncție ovariană — care influențează și ea dinamica psihică. Astfel se instalează un cerc vicios, cu repercusiuni întinse, între sistemul nervos și sistemul hormonal — ceea ce contribuie la renitența simptomelor clinice. Aceasta dovedește din nou relațiile foarte intense ce există între viața psihică, viața vegetativă și cea hormonală — relații, care sunt de o fineță extremă și a căror deranj se elimină foarte greu tocmai din cauza fineței mecanismului de interdependență. Acest deranj se va produce și se va menține cu mai mare ușurință la anumite epoci de crize psihosomatice a femeii — iar între aceste epoci se va enumera și cea dela vârsta 28—35 ani.

Femeia prin starea ei constituțională și neurohormonală tipică se prezintă ca o personalitate cu o dinamică psihică labilă — care reacționează față de problemele spațiului ei vital și reacționează mai ales față de problemele grele, adeseori nedeslegabile. Aceste cauze psihogene create de conflicte nu ar fi în stare a provoca o stare morbidă — dacă nu ar fi factorul personalității constituționale, neurohormonale, ereditare și cel al vârstei. Această personalitate însă devine mai completă tocmai printr'o trăire plină de conflicte — plină de refuzuri.

Incontestabil că factorul personalității psihosomatice are un rol, cel indispensabil în provocarea este însă factorul psihic.

Pe acești doi factori îi constatăm totdeauna la femeile de 30 ani cu simptomele neurozel tipice.

Neuroza femeii de 30 ani are toate condițiile unei neuroze. Constatăm *personalitatea constituțională* — *conflictul cu spațiul vital și survenirea unor simptome somatice și psihice provocate printr'o dinamică psi-*

hică specială. Dinamica psihică caracterizată mai ales prin dorințe și inhibiții, voință și interziceri — a avea nevoile și a nu putea, etc.

În patologia neurozel specifice a femeii de 30 ani admitem deci un *factor constituțional* — neurovegetativ — hormonal, deci un *factor somatogen predispozant* și un *factor de dinamică psihică* deci *factor psihogen* provocator.

Este deci o neuroză, o expresie psihosomatică a conflictelor interloare și exterloare.

Afară de acești factori de prima ordine mai pot colabora ca *factori favorizanți* — prezența unui *factor infecțios* — unei *toxicoze* (nicotinizm). Stări de oboeală, infecții generale.

Aceste stări de infecție și intoxicație prelungite favorizează stări de dezechilibru umoral — stări de reacții modificate — alergii, hiperergii, stări care toate pot contribui la o stare de exagerată reflexibilitate și reacție a organismului. Aceste stări pregătesc terenul pentru neuroze organice cu turburări evidente organice și vegetative.

Turburările organice și vegetative la femeii de 30 ani sunt tipice — probabil datorite mecanismului, care este destul de tipic, fiind prezente în toate cazurile aceluși factori.

Diagnosticul se face cu cea mai mare ușurință cunoscând tabloul clinic pe care îl prezintă o femeie de vârstă 28—35 ani.

Diagnosticul va întâmpina dificultăți uneori, mai ales că și afecțiunile organice ale inimii la începutul lor ori în epoca turburărilor funcționale și la începutul insuficienței, prezintă simptomele neurozel.

Tot asemenea diagnosticul este dificil în cazurile cu leziuni organice ale inimii — care în același timp prezintă și această neuroză tipică a femeii. În aceste cazuri nu vom putea face separarea simptomelor datorite suferinței organice, de simptomele aparținătoare neurozel. Această coincidență să recunoaștem, este foarte frecventă — femeia de 30 ani cu cardiopatia organică în majoritatea cazurilor având cunoștință de boala sa, prezintă și fenomene de neuroză.

La neuroza tipică a femeii de 30 ani, punem în evidență dispoziția constituțională și dinamica psihică, punerea în evidență a acestor din urmă are o deosebită importanță pentru punerea diagnosticului.

Această neuroză dacă vrem să o încadrăm, trebuie să o încadrăm mai mult în grupa *neurozelor ocazionale* (Aktualneurose) și nu atât în grupa *neurozelor de personalitate*, (Individualneurose) deși personalitatea are un rol foarte important în tabloul clinic.

Frognosticul acestor suferințe — uneori de lungă durată — supărătoare, este în general bun. Trecerea în leziuni organice cardiovasculare este extrem de rară și se observă într-o epocă atât de târzie — încât este

foarte greu să facem legătură de cauzalitate — mai ales că la femeii de 50 ani survin aceste turburări fără a trece prin faza femeii de 30 ani. Trecerea în organice se face mai ales dacă în același timp este prezentă o stare alergică — care prepară terenul spre organice.

Tratamentul. Este important, ca medicul dela început să se situeze corect față de boală și să nu lupte cu cele 1001 simptome.

Psihoterapia incontestabil joacă un rol covârșitor. Vom face în cadrele posibilității și un tratament quasi *etiopatogenic*, recomandând eliminarea în cadrele posibilităților a cauzelor exo- și endogene modificatoare a dinamicii psihice.

Scoaterea bolnavei pe câțiva timp din mediul înconjurător poate să aibă efecte imediate. În prima linie vom asigura o menajare maximă a bolnavei hipersensibile. Vom asigura bolnava că boala este vindecabilă și nu are nimic organic. Pentru a o liniști și mai mult îi explicăm mecanismul bolii invitându-o să intervină și bolnava în anumite împrejurări care sunt în funcție de dânsa. Vom vorbi și noi ca preotul din romanul lui Balsac: „Non madame, Vous ne mourez pas de la douleur qui Vous oppresse“. Vom aplica întru cât se poate o terapie nu numai individuală ci și socială și familială.

Se recomandă apoi un regim bogat în vitamine, gimnastică, mișcare în aer liber, băi calde cu fricțiuni calde, masaje. Vom elimina nicotina și substanțele toxice. Bolnava va respecta o igienă generală — stabilindu-și o viață ritmică în ceea ce privește munca și repausul. În cele mai multe cazuri și acest tratament igienico-dietetic dă rezultate satisfăcătoare.

În unele cazuri administrăm și un tratament medicamentos. De obicei obținem rezultate bune cu preparate de valeriană (Baldrian dispers, Tinct. Valeriană — Valerobrom) combinându-le cu un preparat de barbitalice (luminal) sau cu alte preparate cu bromură. Se obțin ameliorări și cu preparatele speciale (Passiflorină, Sental, Calmarol, Cerebrosan). Combinația de calciu cu brom dă rezultate foarte bune (Calcubromat 10:300, 3—4 linguri sau Tabl. Calcibromat 2—3 zilnic).

Este important ca aceste preparate, medicamente calmante, să se administreze în doze foarte mici — doză $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ a celei obișnuite — pentru a nu provoca o stare de depresie, care ar putea alterna starea psihică a bolnavei.

În formele cu spasme, turburări prea evidente vegetative, se obțin rezultate bune prin bellergal, belladonna, bellafolin, papaverin, iar în cazurile cu dispoziție spre palpități administrăm cu precauție combinația cu chinină murlatică 0,05, luminal 0,02, bifosfat de sodiu 0,5, 2—3 ori zilnic.

Aproape în toate cazurile hipofuncția ovariană fiind prezentă, opoterapia ovariană este absolut indicată.

Se recomandă cu deosebire doze mici de *foliculină* (1000 unități), administrând această doză tot a doua zi, începând cu ziua 5-a după menstruație, iar după administrarea de 10 doze de *foliculină* combinăm cu *proluton* tot a doua zi, până la prezentarea menstruației.

În cazuri când injecțiile nu sunt posibile, administrăm *Progynon* 3×15 picături — perlingual — sau *Oestrodialbenzol* pe cale bucală 3×15 picături — perlingual — sau *Oestrodialbenzol* pe cale bucală 3×15 picături. Se administrează cu rezultate bune și preparatul *Follicalcuovar* — *Perlitan-Calciuovar*. Unii recomandă injecții cu *Iprofiză*, lob anterior.

Ameliorarea se prezintă uneori în scurtă vreme, vindecarea completă nu o obținem decât după 2—4 luni. Uneori boala are evoluție de un an. În unele cazuri se observă și recăderi după lung timp de vindecare.

Concluzii

Experiența noastră clinică de mai mulți ani ne permite să constatăm la femei de 30 ani o *nevroză tipică a femeii de 30 ani*.

Frecvența și tipicitatea tabloului clinic pretinde cunoașterea acestor suferințe „fizice și morale”.

Nevroza tipică a femeii de 30 ani se caracterizează printr'un sindrom caracterizat prin *algie cardio-toracică* — *turburări funcționale respiratorii* — *plâns ușor* — care este colorat de multiple simptome nervoase, hipertensiune ușoară și totdeauna de semnele unei ipofuncții ovariene.

În patogenia sindromului colaborează mai mulți factori, dintre care factorul constituțional — dinamica psihică și crizele neuro-hormonale sunt factorii determinanți ai nevrozelor.

Uniformitatea sindromului este determinată probabil prin intervenția centrelor mezocefalice.

Tratamentul este psihic, igienico-dietetic, tonic, calmant și hormonal.

RESUMÉ

La névrose typique de la femme de 30 ans

L'auteur décrit une névrose typique de la femme de 30 ans. Cette névrose est caractérisée par un syndrome, constant des symptômes suivants: algies cardio-thoraciques, troubles respiratoires fonctionnels, tendance à pleurer, diverses symptômes nerveux fonctionnels, la tension artérielle légèrement élevée, diminution de la fonction ovarienne.

Dans la pathogénie du syndrome jouent un rôle des divers facteurs: facteur constitutionnel, dynamique psychique, crises neuro-hormonales.

L'uniformité du syndrome est déterminée probablement par l'intervention des centres méso-encéphaliques.

Le traitement est psychique, hygiéno-dietétique, tonique, calmant et hormonal.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Typische Neurose der Frau im Alter von 30 Jahren

Es wird eine Typische Neurose der Frau im Alter von 30 Jahren beschrieben.

Das Typische und häufige Vorkommen dieser Krankheit fordert die genaue Kenntniss dieser psychischen und moralischen Leiden.

Die Typische Neurose der Frau von 30 Jahren ist gekennzeichnet durch ein Syndrom, bestehend aus kardio-thorakale Algien, funktionelle Atembeschwerden, leichtes Weinen, begleitet von verschiedenen nervösfunktionellen Symptomen, leicht erhöhtem Blutdruck und einer verminderten Ovarialfunktion.

In der Pathogenese wirken verschiedene Faktoren zusammen, und zwar der konstitutionelle Faktor, die psychische Dynamik und die neuro-hormonalen Krisen.

Die Einheitlichkeit des Syndroms ist wahrscheinlich durch das Einwirken meso-encephalischer Zentren bedingt.

Die Behandlung erfordert psycho-hygiéno-dietetische Massnahmen, Verabfolgung von Tonika und Beruhigungsmitteln, sowie ergänzende Hormontherapie.

CLINICA MEDICALĂ I CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Iuliu Hatieganu

Latirism cu paraplegie

de

Prof. C. I. Urechia

Dr. Dragomir L., Dr. Dragomir Teofil și Dr. Duma D.

Prin latirism se înțelege intoxicarea prin uzul ceva mai îndelungat în alimentație, de măzăriche furageră, *lathyrus sativus*, din care se cunosc mai multe varietăți. Măzărichea se întrebuintează sub formă de făină la facerea pâinii, care se face de obicei amestecată cu făină de grâu sau de secară, eventual cu alte făinuri. La animalele ce se nutresc cu această plantă se pot constata de asemenea fenomene asemănătoare.

Hipocrates semnală slăbirea și paralizia picioarelor la locuitorii unei regiuni, ce se hrăneau cu boabe de măzăriche. Alți autori din antichitate ca Plinius, Galenus, Avicenes, semnalează de asemenea același lucru.

În veacul al XVII-lea în urma consumării pe o scară mai întinsă a măzăricii în Württemberg, s-au produs numeroase cazuri de latirism, care au necesitat să se dea un edict de stat interzicând întrebuintarea acestui aliment.

În literatura medicală din veacul al XVIII-lea și XIX-lea, găsim mai multe cazuri sporadice sau epidemii de latrism.

Cantani este acela care în 1874 a introdus termenul de latrism, și a arătat strânsa legătură între măzărice și fenomenele nervoase.

În 1856 s'a produs o mare endemie în Indi, descrisă de Irving și de Sleeman, care a făcut multe mii de victime.

Proust și Bouchard, Dufour, Luc, Bertrand, Hattute, au descris o endemie în Kabila (Algeria) cu numeroase victime.

În Modena s'au descris cazuri de latrism de Ramazzani, — în Elveția de Duvernoy. În 1874 Tozzetti a descris o epidemie în Toscana; bolnavii prezentau o parapareză și consumaseră timp de 3 sau 4 luni o pâine făcută din două părți lathyrus sativus și o parte făină de secară sau grâu. În 1819 și 1921 accidente analoage a fost semnalate în Franța de Vilmorin și de Deslanges. Desparanches în 1927 și Chevallier, în 1841, semnalează de asemenea în Franța mai multe cazuri de latrism; turburările debutau cu tremurături și ușoare convulsii în membrele superioare și inferioare, după care urma o parapareză; mai rareori numai simptomele debutau brusc cu o paraplegie mai mult sau mai puțin însemnată.

Brunelli și Giorgieri, observă fenomene de beție după consumarea de pâine făcută pe jumătate cu făină de lathyrus cicena, iar după consumare mai îndelungată, paralizie a membrilor inferioare. În 1883 Proust, Bouchard, Grandjean, au descris o endemie la Kabila în Algeria; bolnavii acuzau dureri și parestezii în regiunea lombară și în membrele inferioare, turburări de micțiune, impotență și apoi paraplegie; turburările urinare și sexuale erau trecătoare, iar paraplegiile rămăneau definitive. — Astier a evoluat numărul acelor cazuri la mai bine de 1200. — În timpurile mai recente s'au semnalat epidemii în Rusia și mai cu seamă în partea sa sudică și în provincia Saratow. O adevărată epidemie a fost descrisă în 1891—1892 de Schabalin, Semidalow și Kojewnikoff, și de Filimonoff în 1926. În această epidemie s'a constatat paralizii a extremităților, a mușchilor trunchiului, al gâtului, micțiunii imperioase, impotență, turburări vaso-motorii.

Latrismul evoluează fără febră. Proust e singurul autor care a semnalat mișcări febrile, care rămân însă discutabile. Se pare că de multe ori simptomele debută în sezonul rece, sau în timpul unui sezon plotos. Debutul e de cele mai multe ori destul de rapid, uneori chiar aproape subit și cu o intensitate mai mult sau mai puțin însemnată a simptomelor.

La început se constată mai cu seamă turburări motorii ca tremurături, crampe dureroase, contracturi mai mult sau mai puțin întinse și însemnate, interesând

mai cu seamă membrele inferioare; acestor contracturi le urmează de obicei o slăbiciune mai mult sau mai puțin însemnată a motricității. Slăbirea forței motrice în mușchii membrilor superioare, în mușchii trunchiului sau al gâtului, e mult mai rar întâlnită și numai în unele epidemii. Nervii cranieni, bulbul, rămân intacti. La animale se poate observa încă paralizii recurentului.

Turburările de sensibilitate subiectivă sunt frecvente mai cu seamă la început și consistă în — dureri sau parestezii variate în diferite părți ale corpului și o senzație de frig — sau amorțeală în membrele superioare.

Turburările sfincteriene sunt frecvente; bolnavii au micțiuni imperioase sau incontinență urinară, simptome ce apar ceva mai târziu și care pot fi trecătoare. Potența sexuală diminuează mai mult sau mai puțin, iar menstruația poate să dispară sau să devină insuficientă. — La membrele inferioare se produce o paraplegie spastică și uneori se constată și tremurături. Atrofiile musculare lipsesc; lipsesc asemenea tremurăturile fibrilare. Simptomele piramidale sunt însă evidente, (exagerațiile de reflexe, clonus, semnul lui Babinski, etc.). În pat picioarele pot fi animate de mișcări involuntare de flexiune sau extensiune. În mers pot să apară aceleași turburări când bolnavii stau mai mult în sus pot să apară ușoare edeme.

Sensibilitatea obiectivă nu ne prezintă turburări. Turburările trofice sunt absente.

Odată ce simptomele clinice s'au stabilit, ele rămân definitive, afară de turburările de micțiune ce se pot ameliora sau dispărea, sau de turburările sexuale ce de asemenea se pot modifica. Animalele pot prezenta asemenea simptome de latrism. Intoxicațiunile acute pot produce moarte în câteva ore sau zile; altele animalele fac numai paralizii picioarelor dinapoi (porci, oi, cai, etc.). Păsările ca găște, rațe, păsări, găini, după consumarea de mazărice încep la câteva ore să devină somnolente ca beate, nu se mai pot ține pe picioare și sucombă. Porumbii în schimb nu sunt sensibili față de această plantă. Căi prezintă de multe ori în plus și paralizii recurenților cu fenomene de asfixie consecutivă.

Cercetări experimentale făcute cu extracte apoase sau alcoolice la diferite animale, au reprodus în parte simptomele constatate la om; când dozele erau prea mari se produceau în plus și convulsii. Examenul anatomic n'a fost făcut decât într'un număr foarte limitat de cazuri.

Cel mai mulți autori care s'au ocupat de substratul anatomic al latrismului, au insistat asupra sclerozelor cordoanelor piramidale (Brunelli, P. Marie, Trachtenberg, Tuczek, etc.). În tratatele lui Oppenheim și ale lui Curschmann se vorbește de latrism la capitolul sclerozelor laterale amiotrofice, căci în această afecțiune

e vorba mai cu seamă de o scleroză a cordoanelor posterioare. Gowers, credea că substanța toxică din lathyrus s'ar fixa pe fibrele terminale ale fascicoului piramidal din măduvă, tot așa cum curara se fixează pe terminațiile nervilor periferici. Mingazzini și Buglion, cred că nu e vorba de un fenomen paralițic, ci iritant asupra cordoanelor piramidale. Granjean (1880), pare a fi făcut prima necropsie de latrism. Bolnavul său murise însă în urma unei cahezie malarice, iar examenul măduvei n'a fost făcut decât microscopic, arătând un ramollissement intens în regiunea dorsală inferioară. Althaus constată la un caz de latrism la cal, nevrita recurentului, atrofia coarnelor anterioare din măduvă și scleroza cordoanelor piramidale. Mingazzini și Buglion, care au hrănit iepuri de casă timp de câteva luni cu mazărice, până s'a produs o paraplegie spastică, examinând măduva cu metodele lui Marchi și a lui Weigert-Pal, n'au găsit nimic anormal. Fumarola și Zanelli nu găsesc la cobai, niclo leziune evidentă. Mirto la cobai și la iepuri în intoxicațiuni acute, au găsit alterațiuni însemnate în celulele nervoase ale măduvei, precum și alterațiuni în celulele piramidale din scoarță (metodele Nissl și Bielschowski). Oppenheim constată la animale leziuni în cordoanele piramidale și în cordoanele lui Goll. Spiltoff, a experimentat pe câni, cu diferite varietăți de lathyrus (sativus, cymenum, clercis, silvestris). El a constatat leziuni diverse; cu lathyrus sativus mai mult în măduvă, iar cu lathyrus silvestris mai mult în substanța cerebrală.

Fillmonoff a făcut autopsia și examenul microscopic al unui caz ce a sucombat intercurrent printr-o leucemie, afecțiune terminală, care a putut să modifice până la un punct tabloul anatomo-patologic. Examenul microscopic l-a arătat o însemnată degenerescență cu scleroză a cordoanelor laterale; dominând mai cu seamă în regiunea dorso-lombară. În regiunea cervicală se constată ușoară scleroză în cordoanele lui Goll. În celelalte porțiuni ale cordoanelor laterale ale măduvei, leziuni neînsemnate. Degenerescența fasciculelor piramidale se întindea în mod retrograd până în scoarță, unde se constata în frontala ascendentă și în paracentral, însemnate leziuni în celulele lui Betz. Meningele spinale erau sclerozate, iar vasele lor prezentau asemenea scleroze, cu pe alocurea obliterațiuni.

Prognostul paralizilor lathrice e gravă, căci dacă vrea bolnavii nu e în pericol, paralizile odată instalate, rămân definitive. Uneori numai și mai cu seamă la început, ele se pot ameliora. Turburările vesicale și sexuale după cum spuneam mai sus, sunt de obicei trecătoare.

Cum la noi în țară cazurile de latrism constituiesc o raritate, redăm observațiunea acestui caz.

R. Ludovic, 24 ani, giuvaergiu; nimic anormal în antecedentele ereditare sau colaterale.

Născut la termen și normal, a suferit de pojar la 5 ani și de blenoragie la 18 ani. Nu fumează și nu abuzează de băuturi alcoolice. Fiind evreu, a fost internat într-un lagăr din Transnistria, împreună cu alți 1200 oameni. De la început au fost alimentați după spusele sale cu 300 gr. mazăre furageră (lathyrus sativus sau mazărice) și 150 gr. pâine fabricată din 60% mazărice și 40% făină de ovăș. După 2 săptămâni de alimentație cu aceste alimente 50% din oameni, s'au îmbolnăvit prezentând diaree (7—8 scaune zilnic). La două luni au apărut fenomenele nervoase, caracterizate prin crampe dureroase în coapse și în gambe, necesitate imperioasă de a urina, tremurături în membrele inferioare și simptome ușoare de paraplegie în membrele inferioare. După o altă lună au apărut în mod brusc, două cazuri de paraplegie spastică; și imediat după acestea au apărut alte cazuri, așa că în decurs de o lună s'au produs 150 de cazuri. Bolnavul nostru care e inteligent și un sportman cu musculatura bine dezvoltată, ne descrie astfel simptomele paraplegice: greutate mare la scoborârea treptelor, slăbire și spasticitate în membrele inferioare, reflexe exagerate văzute la examinarea făcută de medicii lagărului și imposibilitatea de a merge decât sprijinit. Unele cazuri au fost mai ușoare, revenindu-și după 2—3 luni. Au fost 88 de cazuri mai grave, cari au fost trimiși în țară la lagărul din Târgu-Jiu, iar la 55 cari s'au ameliorat ușor li s'a dat drumul.

Bolnavul nostru, a avut primele simptome în Decembrie 1942, debutând cu turburări urinare, iar o lună mai târziu avea o paraplegie însemnată. A fost tratat cu vitamina B și C, calciu și alimentație mai bună. În luna Mai 1943, e ușor ameliorat, așa încât poate merge cu un baston, iar crampele sunt mai puțin dureroase. De atunci însă și până în prezent, boala sa a rămas staționară. Iată în detaliu cum el ne descrie boala sa:

Primele simptome i-au apărut la 3 luni jumătate, dela alimentația cu mazărice; ele constau în crampe foarte dureroase în mușchii pulpelor și a coapselor, producând o flexiune tonică a gambei pe coapse și o contracțiune dureroasă musculară ce ținea câteva minute. Aceste crampe dureroase apăreau exclusiv noaptea, fiind determinate de mișcările trunchiului sau a membrelor. Scurt timp după aceasta a apărut o senzație de înțepeneală în membrele inferioare, care îl jena mai cu seamă la scoborârea scăriilor, așa că de câteva ori a și căzut. Pe drumul drept mergea fără dificultate. Concomitent cu aceasta au apărut turburări urinare sub formă de micțiuni imperioase și polakiurii nocturne, așa că dacă nu urina imediat se scăpa în pat sau în haine. Această stare a durat aproximativ o lună. Alimentația cu mazărice a fost părăsită. În Ianuarie i-a apărut o slăbire a forței în membrele inferioare și o stare spastică, așa că nu se putea mișca decât ajutat. În musculatura membrelor inferioare, au apărut tremurături fasciculare sau mici contracțiuni dureroase cari dispăreau prin schimbarea poziției. La intervale mai mari avea și furnicături în membrele inferioare. În luna Mai, turburările urinare au dispărut, crampele au devenit mai rare și mai puțin dureroase, iar spasticitatea a cedat puțin, așa, că bolnavul putea merge cu bastonul, sau chiar în parte fără sprijin. După aceasta starea sa a rămas staționară.

La examenul bolnavului se constată: bine dezvoltat, bine nutrit. Nimic anormal la examenul medical. Splina și ficatul nu sunt mărite. Aparatul uro-genital funcționează normal. Pupilele sunt egale și reacționează bine la lumină și distanță. Convergența e insuficientă. Reflexele tendinoase: sunt foarte vii la membrele superioare; reflexul medio-pubian e mai slab în porțiunea sa abdominală. Reflexele rotuliene sunt exagerate și cu trepidatie; reflexele achiliene sunt exagerate și cu trepidatie; reflexele tibio-femoral posterior și peroneo-femoral și medio-plantar, sunt foarte vii. Semnele lui Babinski, Rossolimo, Mendel—Bechterew, sunt pozitive de ambele părți.

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiilor gono-
coice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.
Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.
Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;
apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până
la defervescență, dar maximum 8 g.
(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se
reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și
 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate
Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România :

M. R. Leclerc, București, str. Ruginoasă 1

Tiroida

„Gedeon Richter“

EXTRACT PUR STABILIZAT

Tablete conținând substanțele active din 0,10 gr., 0,30 gr. și 0,50 gr. glandă tiroidă proaspătă.

Fiole conținând substanțele active din glanda proaspătă corespunzând la 3 miligrame iod pe cc.

Hormonul antehipofizar gonadotrop din urina de gravidă

Glanduantin

Fiole și tablete titrate pe unități:

Fiole de 20 unități internaționale

Tablete de 150 unități internaționale

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 și 1.000 unități internaționale

Fiole de 100 unități internaționale în soluție apoasă

Fiole de 1.000 și 10.000 unități internaționale în soluție uleioasă

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE

fostă „Gedeon Richter“ S. A. R.

București V, Ștrada Logofătul Tăut Nr. 99

Telefon 5.69.02

Reflexele cutanate: abdominalele sunt diminuate, mai cu seamă mediul și inferiorul; reflexele cremasteriene sunt abolite. Sensibilitatea: obiectiv nimic anormal; subiectiv, dureri și paretezii, iar noaptea mai cu seamă crampe dureroase în pulpe și contracțiuni tonice în extensiune în membrele inferioare.

Starea statică și dinamică: bolnavul se poate ține pe ambele picioare, semnul Romberg e negativ; pe un picior însă nu se poate ține decât puțină vreme și mai cu seamă pe stângul. Mersul e posibil chiar fără sprijin dar cu un caracter manifest spastic. Obosește foarte repede, iar membrul inferior stâng e mai slab ca dreptul. Motilitatea membrilor superioare e bună, inclusiv mișcările de precizie. Nu are temurături a degetelor.

Mișcările active la membrele inferioare sunt limitate. Sunt mai cu seamă limitate mișcările de flexiune în diferitele segmente. Limitarea mișcărilor e mai cu seamă pronunțată în stânga. La mișcările pasive se constată o contractură de tip piramidal, mai accentuată la flexiunea dorsală a picioarelor.

Mișcări asociate nu se constată.

Rezistența musculară e diminuată, la flexorii gambelor mai cu seamă în stânga. Extensorii au forța motrică păstrată. Flexorii dorsali și plantari ne prezintă o diminuare a forței care e diminuată la dreapta.

Psihic nu prezintă nicio turburare.

E prin urmare vorba de un caz clasic de lathyrism provenit dintr'un lagăr străin, unde se produsese fenomene ușoare la aproape jumătate din internați și fenomene medulare la 150. Toți acești oameni consumase pâine făcută cu 50% făină de mazărice, cât și supă de mazărice. După o perioadă de ușoare turburări digestive, bolnavii prezentau turburări genito-urinare trecătoare și o paraplégie spastică definitivă, în care

turburările sensitive obiective erau absente, iar cele subiective cu caracterul de crampe dureroase și paretezii diverse.

RESUMÉ

Dans un champ de concentration, situé à l'étranger, s'est produit une épidémie de lathyrisme à la suite d'une alimentation avec du pain fabriqué avec de la gesse (60% gesse et 40% avoine), de même que de la soupe, avec la même plante. La moitié de ces internés (1200) ont fait des troubles digestifs passagers; 150 ont fait une paraplégie spastique. La paraplégie avait débuté avec des troubles génitaux, qui ont été transitoires. La paraplégie qui est restée définitive ne présentait que des troubles de la sensibilité subjective, caractérisés par des crampes douloureuses et des paresthésies.

ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um eine Lathyrismus-Epidemie die in einem ausländischem Konzentrationslager entstand als Folge einer Ernährung mit einem Brot das 60% Weizen und 40% Hafer enthielt und mit einer aus derselben Pflanze gekochten Suppe. Die Hälfte der Internierten (1200) erkrankte nur an vorübergehenden Verdauungsstörungen, bei 150 Fällen wurde dagegen eine spastische Paraplegie festgestellt. Diese entwickelte sich mit Miktionsstörungen und Sexualstörungen als vorübergehende Anfangssymptomen. Die endgültig gebliebene Paraplegie wies keine objektiven Sensibilitätsstörungen auf, nur sensible Reizerscheinungen in Form von schmerzhaften Krämpfen und Dysästhesen.

Modificările elementelor figurate sangvine în afecțiunile hepatice

de

Intern **Dr. V. Săbăduș**

Aspectele modificărilor elementelor figurate sangvine în bolile ficatului fiind cunoscute astăzi, în marea lor majoritate, explicarea lor cauzală, cu toate cercetările și experiențele făcute în scopul de a le produce și la animale, face parte încă din domeniul ipotezelor.

Dintre elementele figurate ale sângelui hematiliile sunt acelea care în cursul îmbolnăvirilor ficatului prezintă modificări mai multiple.

Numărătoarea hematiilor, ne poate da indicații prețioase în cazurile însoțite de icter sau leziuni parenchimatose.

Astfel într'un număr destul de mare de cazuri de icter cataral, mai ales la începutul bolii, se înregistrează valori ale numărului hematiilor afătoare la granța superioară a normalului sau chiar des poliglobulii, valori care cresc cu intensificarea icterului și scad revenind

la normal, sau chiar sub, în cursul bolii sau odată cu vindecarea.

În cazurile neclare de icter presupus de cataral, prezența unei poliglobulii poate determina diagnosticul (H. Eppinger).

Cel mai des se pot găsi variații ale numărului hematiilor cu 1.000.000—1.500.000 peste valorile normale. Sunt cazuri descrise de icter cataral cu 7.880.000 hematii (P. N. Weber) găsiind și noi un caz cu 9.200.000.

Din 10 cazuri de icter cataral cărora le-am făcut numărătoarea hematiilor în prima zi de internare în clinică, icterul fiind apărut de 2—10 zile, am găsit: cu 2—4.000.000 hematii 2 cazuri; cu 4—5.000.000 hematii 5 cazuri; cu 6.000.000 hematii 2 cazuri; cu 9.200.000 hematii 1 caz.

O comportare asemănătoare a hematiilor ca și în icterul cataral se întâlnește în majoritatea cazurilor de intoxicații cu cluperci însoțite de icter, intoxicații cu fosfor, unde se pot găsi valori până la 7.000.000 pe lângă o cantitate mărită de hemoglobină (H. Eppinger) și în atrofiile acute (Bergstrand).

Sunt descrise cazuri de poliglobulii și în cursul cirozelor (Ed. Benhamon și A. Nouchi) până la 6% (H. Eppinger) din totalul cazurilor, chiar și cu valori peste 6.000.000.

După cum procesele parenchimotoase hepatice acute sunt adesea însoțite de o mărire a numărului hematiilor peste valori normale, cele cronice-ciroze, atrofiile — dimpotrivă în marea lor majoritate evoluează cu anemii ușoare 3—4.000.000 care se pot accentua în decursul bolii (N. Lupu, Gh. Papazian, J. v. Duyn, Michelazzi).

Anemia macrocitară este admisă astăzi unanim ca făcând parte din simptomatologia cirozelor hepatice, atât hiper cât și atrofici, astfel încât, după J. v. Duyn, prezența de HCl liber la o anemie macrocitară trebuie să atragă atențiunea și asupra posibilității unei ciroze.

Din 17 cazuri de ciroze hepatice hiper sau atrofici noi am găsit:

în 12 cazuri num. hematiilor între 2—3.500.000;
în 5 cazuri num. hematiilor între 3.500.000—4.000.000.

Anemiile acestea s'ar datora după unii (N. Massina, H. Eppinger) hemoragiilor, iar după alții (K. Fellinger) ele ar fi independente de hemoragii, fiind aproape tipice pentru cirozele manifeste găsindu-se în același timp și semne de hemoliză accentuată (bilirubinemia indirectă mărită).

Anemiile întâlnite în afecțiunile hepatice — mai des în ciroze — atrag atențiunea adesea prin dimensiunea hematiilor și mai ales prin conținutul lor în hemoglobină. Majoritatea lor fiind hipercrome (E. Schlödt, K. Kilma, M. Michelazzi, C. Parelli).

Din 13 anemii la ciroze hiper sau atrofici noi am găsit la:

12 cazuri valoarea globulară peste 1, din care
5 cu valoarea globulară între 1—1,10
7 " " " " 1,20—1,50.

Anemiile ușoare, normo sau hipocrome găsite în primul stadiu al cirozelor, trec apoi în decursul bolii în anemii cu caracter hipercrom. Cu accentuarea anemiei valoarea globulară are tendință de creștere.

Fie ele variații ale numărului hematiilor în plus sau în minus față de normal în hepatite, ciroze, intoxicații cu cluperci sau fosfor, boala lui Well, ictere parenchimotoase etc., în marea majoritate a cazurilor se observă o mărire a diametrului globulelor roșii (L. Schalm, C. Gamma, M. Michelazzi, G. Russo, H. Eppinger) în medie cu 1,0 micron sau chiar mai mult.

În cholangiopatii, abcese hepatice, chist hidatic, metastaze canceroase, până când acestea nu determină leziuni parenchimotoase și icter, macrocitoza lipsește.

La icterele mecanice după observațiile lui L. Schalm, macrocitoza dacă este prezentă nu întrece o creștere de 0,9 microni peste diametrul normal de 7,6 microni. Dacă, în cursul aceluiași icter mecanic, creșterea medie a diametrului hematiilor începe să depășească cifra de 0,7 microni înseamnă că icterul mecanic a determinat leziuni parenchimotoase mai serioase. Excepțiile la această constatare, face icterul mecanic prin cancer al capului pancreasului însoțit și el deseori de macrocitoză, care prezintă o creștere a diametrului hematiilor cu peste 1,0 microni, fără ca parenchimul hepatic să prezinte leziuni mai importante. L. Schalm acordă acestor fapte o deosebită importanță în diagnosticul diferențial al icterelor. O creștere a diametrului hematiilor ce nu întrece 0,7 microni pledând pentru o cauză mecanică a icterului, cu rezerva ca icterul să dureze deja de câteva săptămâni și în care interval de timp să nu se fi înregistrat o creștere în medie peste 1,0 microni a măririi diametrului hematiilor. În un icter în cursul căruia se înregistrează creșteri medii a diametrului hematiilor cu peste 1,0 microni putând fi nu numai un icter prin leziuni parenchimotoase ci și unul mecanic prin cc. al capului pancreasului.

Macrocitoza, atinge valorile cele mai mari în decurs de aproximativ 10 zile pentru ca apoi să regreseze.

B. Malamos găsește măririi ale diametrului hematiilor în leziuni parenchimotoase difuze până la un diametru de 8,0—9,7 microni, iar Carl Gamma în cirozele atrofici din totalul hematiilor află 20—45% cu un diametru peste 9,0 microni.

Volumul hematiilor determinat și el, în cursul anemiilor macrocitare amintite, după cercetările lui B. Malamos pare să nu prezinte abateri apreciabile dela normal, pe când D. O. Wright din 12 cazuri de ciroze găsește la 7 din ele volumul în medie peste 90 microni³ până la 96,4 microni³.

Dacă volumul hematiilor nu este mărit, ele având totuși un diametru mai mare, se presupune o lățire a lor (H. Eppinger), datorită după unii unor factori fizici ca variații în compoziția plasmelor (B. Malamos) sau poate modificări de presiune osmotică a plasmelor (C. Gamma).

În ceea ce privește macrocitoza întâlnită în cazuri de hipostolii hepatice, B. Malamos o atribuie unei supraîncărcări a hematiilor cu Co₂.

Trebuie amintit icterul hemolitic fiind însoțit de o micșorare a diametrului hematiilor. În cursul acestor afecțiuni 60% din hematii au un diametru mai mic decât cel normal (Meulengracht), variind în medie între 5,89—7,44 microni (H. Eppinger), hematiile având o formă aproape sferică. Adesea icterul hemolitic evoluează cu

o anemie microcitară cu valori globulare cu ceva deasupra lui 1, anemie care se caracterizează prin policromatofiliile și ematiile granulate bazofile (I. Hatleganu-Gola). Scăderea numărului hematiilor este însoțită de scăderi ale conținutului lor în hemoglobină, așa încât valoarea globulară rămâne constantă. Sunt caracteristice pentru icterul hemolitic variațiile relativ bruste ale numărului hematiilor, care îmbracă formă de crize (H. Eppinger).

Cam la 3—5% din cazurile de ciroze cu anemie macrocitară se înregistrează în sângele periferic prezența globulelor roșii nematurate sau formelor tinere (poliromazie, normoblasti).

O ușoară anizocitoză ce se poate întâlni uneori, nu este nici pe departe așa de evidentă ca cea din anemia pernicioasă.

Cu toate acestea sunt însă autori care înclină să creadă că între anemiile macrocitare mai sus amintite și anemia pernicioasă ar exista vreo înrudire (D. H. Rosenberg, H. Schluten, H. Eppinger).

În ceea ce privește comportarea hematiilor în colorația supravitală atât în ciroze (H. Fellinger, R. Klima) cât și în afecțiunile acute ale parenchimului hepatic (I. Schlutko, R. Berger, E. Bagyanskaya) se înregistrează o creștere a numărului reticulocitelor. Se pare, că în afecțiunile hepatice parenchimotoase acute, numărul lor crește la începutul bolii în raport cu gravitatea ei, pentru ca apoi să scadă într'un interval de timp mai lung, la normal. Experiențele pe animale au dus la aceleași constatări (G. Higyis și J. Stasney) doar că în stadiul când leziunile parenchimotoase erau foarte pronunțate și existase numărul reticulocitelor scădea în medie cu 8,16%.

În icterul hemolitic 20—30% din totalul hematiilor sunt reticulocite (Meulengracht), 30—40% (Hatleganu-Gola).

Afecțiunile hepatice sunt însoțite uneori de trombopenii care în cazul cirozelor sau atrofiilor însoțite de dilatare emoragice, pot fi foarte accentuate.

Două cazuri de ciroze hepatice la care am avut ocazia să controlăm numărul trombocitelor, prezentau: 32.000 și 41.000 față de 150.000—300.000 normal.

Unii (Jean Rossler) constată la nivelul măduvei osoase semne de scădere a trombopoiezii ceea ce ar explica scăderea numărului trombocitelor din sângele periferic. H. Eppinger în schimb găsind un număr mult mai mare decât normal de trombociti în măduvă și splină, crede că nu este cazul unei trombopoiezii insuficiente ci de o distrugere a lor mult mai accentuată.

Modificările cantitative și calitative ale leucocitelor în cursul afecțiunilor hepatice sunt puțin caracteristice, dar adeseori ne pot da indicații asupra naturii îmbolnăvirii. Afecțiunile concomitente pot determina numărul leucocitelor și porția cantitativă a lor în tabloul sangvin.

Cirozele, boala lui Gaucher, diabetul bronzat, icterele grave, evoluează în marea majoritate a cazurilor cu leucopenii până la 2—3000 de leucocite (Fellinger, R. Klima, H. Eppinger, G. Russo).

Notăm din 16 cazuri de ciroze atrofice și hipertrofice, bolnavii fiind afebrili, am găsit:

6 cazuri cu leucocite între 6000—8000

10 " " leucopenii " 2500—6000

Leucopeniile din ciroze însoțesc de cele mai multe ori anemia, (Lupu, Papazian) după Eppinger în 47% din cazuri.

Notăm din 11 cazuri de ciroze care prezentau anemie între 2—3.000.000 am găsit la: 4 cazuri leucocitele între 6—8000, 7 cazuri leucocitele între 2—6000.

Ca și în îmbolnăvirile oricărui alt organ și aici procesele inflamatorii acute sunt însoțite de hiperleucocitoze cu predominanță neutrofilă adesea cu deviație spre stânga.

În abcese hepatice, chist hidatic supurat, pot fi leucocitoze de 10.000—12.000, uneori chiar mai puțin. În pileflebite se descriu leucocitoze de 20—30.000 (H. Eppinger).

Angiocholite, cholecistite sunt însoțite de leucocitoze variabile cu felul și durata infecțiunii.

De asemenea icterul cataral evoluează într'un mare număr de cazuri cu leucocitoză. Din 27 cazuri de icter cataral noi am găsit la: 10 cazuri cu leucocite între 5—7000 și 16 cazuri cu leucocite între 7—10.000.

În ceea ce privește proporția diferitelor leucocite în tabloul sangvin, ea este determinată de prezența și intensitatea tulburărilor metabolice și prezența sau supradăugarea unei infecții. Cu toate că în felul acesta tabloul sangvin în cursul afecțiunilor hepatice, poate prezenta în cursul aceleiași boli diferite aspecte, sunt câteva variații pe care le întâlnim mai des.

Dela sine înțeles, că în toate afecțiunile de natură infecțioasă acută ca: abcese, angiocholite, pileflebite, chiar și la începutul hepatitelor parenchimotoase și a bolii lui Weil, leucocitoza va fi însoțită de neutrofilie cu limfopenie.

Icterul cataral prezintă mai des în cursul evoluției sale neutropenii cu limfocitoze (Hatleganu-Gola) până la o înmulțire a acestora cu 50% (I. Kirsten-E. Papenkort) pe când în ciroze această mărire ar atinge doar 19%.

Din 19 cazuri de icter cataral noi am găsit la 12 dintre ele o limfocitoză ce varia între 30—50%.

Icterul hemolitic nu prezintă o disproporție anormală între mono și polinucleaze. Uneori la sfârșitul crizei pot apărea câțiva melociti ca și manifestare a excitării măduvei (H. Eppinger).

De asemenea leucopenia când survine în stadii înaintate ale bolii lui Weil sau uneori în ictere grave ea este însoțită de limfocitoză.

Cirozele și ele, de cele mai multe ori evoluează cu neutropenii (K. Fellinger, R. Klima), cu limfocitoză.

Din 13 cazuri de ciroze noi am aflat: 3 cazuri cu limfocite între 20—25%, 7 cazuri cu limfocite între 11—20%, 3 cazuri cu limfocite între 25—37%.

Monoclii par să prezinte variații tipice în sensul unei măriti a procentului lor în cursul cirozelor (G. Russo, N. Masina).

Din 13 cazuri de ciroze noi am găsit la 5 cazuri monocli între 5—7%, 8 cazuri de monocli între 9—25%.

Iar după observațiile lui B. Schlutko, R. Berger și E. Bagyanskaya, monocitoza ar fi o apariție frecventă și în primele zile a hepatitelor parenchimatoase acute. Monocitoză, care s'ar caracteriza prin persistența ei îndelungată la cazurile ușoare, iar în cazurile grave scăzând cu agravarea bolii.

După observațiile lui N. Masina 3/4 din monocli chiar din primele stadii ale unei ciroze prezintă un număr neobișnuit de mare de granulații mari azurofile ce pare să fie patognomonic pentru ciroze.

Eozinofilia așa de mult căutată în cazurile bănuite de chist hidatic, adeseori poate lipsi. Prezintă fiind, este un semn prețios mai ales dacă întrece 5% (Hattiganu-Gola).

Concluzii

1. Afecțiunile acute ale parenchimului hepatic sunt însoțite deseori la începutul lor de măriti ale numărului hematiilor față de valorile anterioare sau chiar poliglobulii.

2. Afecțiunile difuze ale parenchimului hepatic evoluează cu macrocitoză, reticulocitoză, și uneori trombopenie.

3. În cirozele manifeste independent de hemoragii, de cele mai multe ori se găsește o anemie macrocitară, hiperchromă cu leucopenie.

4. Leucopenia cu monocitoză o considerăm ca un simptom important al cirozelor.

5. Anemiile survenite în cursul afecțiunilor hepatice sunt în marea lor majoritate anemii cu valori globulare mărite.

CLINICA MEDICALĂ I.

Director: Prof. Dr. I. Hatieganu

RESUMÉ

Les affections diffuses aiguës du parenchyme hépatique s'accompagnent fréquemment d'augmentations du nombre des Erythrocytes et on peut souvent rencontrer même des Polyglobulies. Ces affections évoluent avec macrocytose, reticulocytose et quelques fois on peut trouver de la thrombopenie. Les cirrhoses manifestes s'accompagnent souvent d'une anémie macrocytaire, hyperchrome et leucopenie, anémie trouvée même sans hémorrhagies. La leucopenie, à son tour, doit être considérée comme un symptôme important des cirrhoses. Dans toutes les affections diffuses du parenchyme hépatique ont été évidentes les signes d'une activité erythropoétique accentuée de la moelle osseuse.

ZUSAMMENFASSUNG

Akute Lebererkrankungen sind im allgemeinen von einer Erhöhung der Erythrocytenzahl begleitet und manchmal kommen sogar Polyglobulien vor. Die diffusen Leberparenchymschädigungen verlaufen mit einer makrocytären Anämie, Reticulocytose und oft mit einer Verminderung der Tromboeytenzahl. Die manifesten Lebercirrhosen sind charakterisiert, in den meisten Fällen, durch eine makrocytäre und hyperchrome Anämie mit Leukopenie, unabhängig von Blutungen. Die Leukopenie müssen wir als ein wichtiges Symptom der Lebercirrhose ansehen. In den meisten Fällen von diffusen Leberparenchymschädigungen sind in der Knochenmark Spuren einer lebhaften Erythropoese beobachtet worden.

Valoarea simpatectomiei primului ganglion lombar în tratamentul cauzalgiei membrului inferior, în legătură cu un caz de cauzalgie după rănire de război

de

Dr. I. Danicico, Dr. I. A. Ionescu, Dr. I. Pușcașiu și Dr. D. Bucheru

Pe baza observațiilor făcute în războiul de secesiune (1861—1865), Silas Weir Mitchel a descris tabloul clinic al cauzalgiei, sindrom caracterizat prin durere cu caracter de arsură, turburări trofice și repercusiuni psihice, tablou care a rămas clasic până în zilele noastre.

Pe baza observațiilor câștigate în primul război mondial (1914—1918) Leriche a stabilit natura vegetativă (simpatică) a acestei afecțiuni, jalonând și toate

posibilitățile terapiei chirurgicale cunoscute azi în această durere particulară răniților de război și poate cea mai mare durere din câte e dată omului să sufere.

Observațiunile din războiul actual, din nenorocire destul de multe, nu fac decât să consacre și tabloul clinic trasat de Silas Weir Mitchel și patogenia stabilită de Leriche, patogenie atât de bogată în consecințe terapeutice.

Astfel *R. Wanke* și *Siegmund*, într-o lucrare recentă, într'un caz de cauzalgie cu fenomene generalizate, după o leziune a nervului tibial, la examenul histologic al nevromului extirpat, constată o limfangită perivasculară. În această limfangită perivasculară, când ea interesează vasele care sunt bogate în fibre simpatice, cum e cazul vaselor nutritive ale nervului sciatic și nervului median, *R. Wanke* vede punctul de plecare al dezechilibrului simpatic, dezechilibru generator al turburărilor circulatorii și nutritive din segmentul corespunzător.

Fapte clinice, semnalate în literatura noastră de *Barbilian*, de *Cosăcescu* și *Niculescu*, de *Cosăcescu* și *Pintilie*, de *T. Ionescu* și *Georgescu*, de *I. Jianu*, de *Plăcințeanu*, *Tovaru* și *Diaconiță*, iar în literatura străină de *F. Heck*, de *F. Rupp* și *R. Wanke*, vin să consacre valoarea intervenției pe simpatic. Odată mai mult se verifică valoarea terapeutică, adesea, și valoarea diagnostică (de test), întotdeauna, a infiltrațiilor, a blocajului anestezic cu novocaină, fie în focar, fie pe traseul lanțurilor simpatice corespunzătoare. Într-o lucrare recentă și noi am putut arăta efectul terapeutic al acestor infiltrațiuni în cazuri în care dezechilibrul vegetativ era evident. Dar cu deosebire chirurgia pe simpatic cucereste din ce în ce mai mult teren în terapia sindromului cauzalgic. Fără să se poată contesta valoarea simpatectomiei periarteriale, făcută la timp și suficient de sus (artera axilară sau subclaviculară pentru membrul superior; artera iliacă externă sau primitivă pentru membrul inferior, *Leriche*), practica de flecare zi din ultimul timp a putut arăta că intervenția precoce pe lanțurile simpatice (ganglionii simpatici corespunzători) întrunește sufragiile celor mai mulți chirurși. Efectul intervențiilor directe pe simpatic se pare a fi întreruperea în timp oportun a cercului vicios, care determină adâncirea și uneori chiar generalizarea dezechilibrului funcțional din sfera simpaticului. Iar avantajul particular al intervențiilor pe lanțul simpatic constă în faptul că acestea pot fi făcute și într-o perioadă când de focarul declanșator al dezechilibrului noi încă nu ne putem atinge. E tocmai ceea ce *Profesorul Cosăcescu* a putut demonstra în mod foarte convingător pe cele 3 cazuri ale d-sale.

Dar chiar și tehnica propriu zisă a simpatectomiilor caternare face progrese. Astfel, până când înainte pentru membrul superior se făcea stelectomie, fapt care aduce regulat la sindromul supărător al lui *Cl. Bernard-Horner* (ptoza pleoapelor și mioza pupilei ochiului corespunzător), motiv pentru care însuși *Leriche* temporiza această operație la maximum, astăzi, prin cazuri clinice concludente, *Rupp* a arătat că este suficient să se extirpe al II-lea sau al III-lea ganglion toracic, sau chiar numai rezecția lanțului simpatic în dreptul coastelor II-a. Prin această operație se înlătură toate fenomenele cauzalgice de la nivelul extremității superioare, fără ca să se dea naștere

fenomenului lui *Cl. Bernard-Horner*. E tocmai ce prevedea *Leriche* încă în anul 1937 (*La chirurgie de la Douleur*, pag. 165).

Iar pentru extremitatea inferioară majoritatea autorilor recomandă extirparea întregului lanț simpatic lombosacrat (II lombar—II sacrat), ceea ce de altfel nu dă naștere la niciun neajuns sesizabil. Noi, în cazul cel vom expune mai la vale, am extirpat primul ganglion lombar, după tehnica *Leriche*, și am obținut cedarea fenomenelor cauzalgice. *Santas* (citată după *Heck*), încă practică extirparea primului ganglion lombar.

Suntem siguri că după terminarea războiului actual, în sinteza ce se va face asupra terapiei acestor maladii, vom mai cunoaște multe simplificări.

Cu aceasta nu se scade nimic din valoarea metodelor care vizează focarul și cu deosebire valoarea rezecției de arteră, când e cazul, valoarea rezecției de nevrom urmată de sutură sau plastie, așa cum le recomandă *Leriche*. Credem și noi că, în cazurile în care starea locală permite, intervenția în focar primează. Dar în schimb se pare a fi mai puțin în interesul cauzelor, într'un caz de cauzalgie, la care focarul nepermițând o intervenție locală, să abandonăm bolnavul și să-l lăsăm pradă durerii chinătoare și să nu intervenim pe lanțul simpatic decât după ce intervenția locală, prea tardivă, nu ne-a dat rezultat. Numai așa vom reuși să evităm generalizarea cauzalgiei în care nici cordotomia, operație atât de mutilantă, nu mai dă rezultate (ameliorare în 5 cazuri a lui *Putnam*).

Redăm aici pe scurt observația cazului care ne-a ocazionat reflexiunile de mai sus.

* * *

Obs. — Sublt. B. I., de 25 de ani, este rănit pe front pe ziua de 6 Octombrie 1941 prin glonte, în regiunea posterioară a coapsei dr. 1/3 mijlocie, ce i-a determinat o plagă bipolară interesând părțile moi și nervul sciatic. Pentru faptele lui de arme i se conferă „Ordinul Mihai Viteazul”.

Bolnavul declară că după rănire a simțit o amorțeală și dureri la atingerea membrului lezat. Primele îngrijiri au fost date la o oră după rănire. Pe ziua de 7 Octombrie 1941 a fost transportat la Spitalul de Campanie, iar de aici, în ziua următoare, la București, în Spitalul St. Vincent de Paul, unde rămâne internat până la vindecarea plăgii, fără a se interveni în plagă. Prezenta o redoare a genunchiului dr. și a articulației tibio-tarsiene dr., dureri la nivelul cicatricei și în plus apărând dureri în formă de arsură pe fața plantară a labei piciorului dr., dureri oarecum suportabile, dar care nu-i permiteau bolnavului nici atingerea patului și cu atât mai puțin a solului. Durerile și teama de atingere îl obligau a sta culcat, cu membrul în permanență înafară de pat. Pentru acest motiv, este evacuat la Spitalul Central București pe ziua de 5 Noembrie 1941, în serviciul d-lui conferențiar Dr. D. Bagdasar. Aici rămâne în observație până în Februarie 1942, când se intervine în plagă. Se constată o înglobare a nervului sciatic în țesutul cicatricial, și hemisecțiunea lui. Se procedează la detașarea nervului din țesutul cicatricial și apoi se suturează. După 1 lună și jumătate, rănitul abandonează cârjile, putând umbla ajutat

numai de baston. Mișcările de flexiune a genunchiului și de extensie flexie, și lateralitate a articulației tibio-tarsiene dr. au loc. Totuși, durerea-arsură, deși ușor diminuată, se menține. În timpul spitalizării rănitul a primit: Vitamina B₁, Strihnină, Calcium, Dilauid, Dolantin aproape zilnic. Părăsește Spitalul Central.

Durerea-arsură menținându-se, rănitul face apel din ce în ce mai mult la analgezice. În special la Dolantin și Dilauid, dublând sau triplând dozele anterioare. Deoarece medicii îi refuză injecțiile de Dolantin și Dilauid, bolnavul și-le administrează singur. Ajunge la dolantinomanie și morfinomanie. Își dă seama de acest pericol și se internează în Spitalul de Stat din Oravița pe ziua de 13 Iunie 1942, când constatăm următoarele: Bolnavul are un facies anxios, preocupat de suferința lui, iritabil. Membrul inferior dr. (gambă și laba piciorului) ușor atrofiat cianotic, marmorat și lucios, cu suprafața cutanată subțiată, brăzdată de șanțuri și sistem pilos rărit; membrul este rece. Flexiunea dorsală a labei piciorului se poate face până la 45°. Nu suportă nicio atingere și menține în permanență membrul înafara cuverturei. Repaosul îl face în decubitus ventral. Durerile sunt insuportabile. Cu toate acestea bolnavul nu și-a aplicat niciun tratament local personal (comprese umede).

Se practică novocainizarea lanțului simpatic lombar dr. cu novocaină 1% 10 cc. După injecție, bolnavul are senzație de căldură și amorțeală a membrului inferior. După 7 ședințe, durerile sunt mult diminuate, execută mișcările de mers cu mai multă ușurință. Părăsește spitalul ameliorat.

Această ameliorare nu durează mult timp, durerile reapar, devin din ce în ce mai mari, aducând bolnavul la starea sa anterioară, fapt ce-l determină a se reinterna pe ziua de 15 Septembrie 1942.

La examenul bolnavului, constatăm aceeași stare ca la prima internare, dar cu durerea-arsură mult mai pronunțată. Examenul oscilometric arată o irigație mai slabă a membrului, în comparație cu membrul valid.

Se indică extirparea primului ganglion lombar.

16/IX 1942. Intervenim sub narcoză cu Evipan. Se face lombotomie și extirpăm primul ganglion lombar, după procedeul lui Leriche.

O mică supurație a plăgii turbură mersul post-operator. În schimb începând chiar din a 2-a zi de la operație, durerile cauzalgice au dispărut, „ca luate cu mâna”, după spusele bolnavului. N'a mai fost nevoie nici de calmante. După o lună de la intervenție oscilometria indică o mai bună irigație a membrului. Părăsește spitalul vindecat pe 17/XI. 1942.

Bolnavul este revăzut după un an, 17/XI. 1943. De la intervenție și până în prezent bolnavul a avut psihic excelent, dovadă că și îndeplinește noua funcție cu multă răvnă. N'a mai acuzat nicio durere-arsură, nicio jenă în mers (afară de faptul că după un mers pe un teren neregulat, simte o oarecare jenă și oboseală în laba piciorului).

La examenul membrului, bolnavul acuză subiectiv o instabilitate termică a membrului față de temperatura ambiantă. Membrul lezat se încălzește și se răcește repede, la cald și rece.

În comparație cu membrul valid, nu se observă nicio atrofie și nicio diferență a sistemului pilos. În schimb pielea labei piciorului lezat este mai albă, puțin lucioasă și brăzdată de mici șanțuri. Concavitatea plantară este mult mai pronunțată ca la membrul valid.

Reflexele rotuliene prezente și egale. Reflexul achilian abolit la membrul lezat. Fără Babinski.

La examenul sensibilității se constată: turburări parțiale a sensibilității superficiale, cu abolire sau diminuare în teritoriul cutaneo-peronierului, musculo-cutanat și hiperestezie în teritoriul nervului plantar extern și intern.

Oboseala și jena în mers, de care am amintit mai sus, se datoresc leziunii parțiale a sciaticului.

* * *

În rezumat deci, un caz de cauzalgie care a apărut imediat sau scurt timp după rănire, rănire în care a fost interesat parțial nervul sciatic. Cauzalgiea se pare că la început n'a fost de mare intensitate. Și de fapt tot timpul a lipsit fenomenul folosirii umezelii (hygromanla) fenomen patognomonic, însă nu obligator, cauzalgia putând să existe și în lipsa lui (Leriche). Totuși ea a determinat pe d-l Conf. Dr. Bagdasar ca după o lună și ceva de la rănire să intervină în focar să facă neuroliză, și rezecția de neurom, urmată de sutură. Această intervenție a ameliorat mult funcțiunea motorică a membrului corespunzător, și chiar și fenomenele cauzalgice. Dar aceste din urmă numai pe un timp scurt, fiindcă bolnavul cu toată intervenția, alunecă spre morfinomanie. La prezentare în serviciul nostru — la aproape un an de la rănire — bolnavul uza de opioace și era pe pragul prăbușirii sufletești și sociale. După ce testul novocainizării lanțului lombar s'a dovedit a fi pozitiv — novocainizările suprimau durerea pe câteva ore — am întreprins simpatectomia primului ganglion lombar, care ne-a dat vindecare și a fenomenelor cauzalgice și toxicomanel.

Concluziunea, ce se degajează, din cazul nostru, este că extirparea primului ganglion simpatic lombar și numai a primului ganglion lombar, e în măsură să înlăture fenomenele de cauzalgie de la nivelul extremităților inferioare.

Bibliografie

Barbilian: Un caz de cauzalgie. Rev. Med. Chir., Nr. 5—6, 1941. — Cosăcescu și Niculescu: Simpatectomia și sindromul cauzalgic după rănire de război. Rev. de Chirurg, Nr. 3, 4, 1942. — Cosăcescu-Pintilie: Dureri cauzalgice la cele 4 membre consecutive unei răniri de război, a coapsei stg., cu leziuni de sciatic. Rev. Med. Chir., Nr. 1—2, 1943. — Danicico, Bucheru, Pușcașiu și Olariu: Terapeutică blocajului anestezic al simpaticului prin novocaină. România Medicală, 1944. — Heck F.: Ein weiter Beitrag zur Schussnevrilis. Zentralblatt für Chir., Nr. 34/1943. S. 1681. — Ionescu Toma și Georgescu: Sindrom cauzalgic. România Med., Nr. 3, 1943. — Jianu I.: Plaga nervului median și cubital la nivelul brațului. Cauzalgie. Selectomie. Ameliorare evidentă. Rev. de Chir., Nr. 1—2, 1942. — Leriche: Chirurgie de la douleur. Masson, 1937. La Presse Méd., Nr. 24/1940, p. 265. — Plăcinteanu: Sindrom de iritație de tip cauzalgic, simpatectomie periarterială. Rev. Med. Chir., Nr. 5, 6, 1941. — Rupp F.: Die operative Behandlung der Kausalgie ohne Zerstörung des Ggl. stellatum. Zbl. f. Chir., 1943. — Salmon A.: Physio-pathologie de la douleur. Presse Médicale, 15/VI. 1938. — Tovar Diaconită: Incercări de tratament al cauzalgiei prin injecțiuni asociate Histamină-Histidină. Rev. de Chirurg., Nr. 1, 2, 1942. — Wanke: Die Kausalgie. Zbl. für Chirurgie, Nr. 12, 1943.

SPITALUL DE STAT, ORAVIȚA
Medic Primar Director: Dr. I. Danicico.

RESUMÉ

A propos de la valeur de la sympatectomie du 1^{er} ganglion lombaire, dans le traitement d'un cas de causalgie du membre inférieur, après blessure de guerre

Un valetier officier blessé à la cuisse droite (blessure qui intéressait le nerf sciatique) fait une causalgie du membre correspondant.

Une neurolyse et l'excision, du neurome, suivies d'une suture de nerf (opération exécutée 8 semaines après la blessure) n'ont donné qu'une courte amélioration des phénomènes causalgiques; le malade devient morphinomane.

Le blocage anesthésique du premier ganglion lombaire ne supprime que temporairement la douleur-brûlure. L'extirpation du premier ganglion lombaire exécutée approximativement une année après la blessure, amène une guérison définitive.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Wert der Sympatectomie der ersten lumbalen Gangliens in der Behandlung der Kausalgie in Verbindung eines Falles nach einer Kriegsverletzung

Ein sehr verdienstlicher Offizier, verwundet an der rechten Hüfte. Die Wunde zeigte eine Mitverletzung des Nervus ischiaticus, folgedessen mit einer Kausalgie an der rechten unteren Extremität.

Die Neurolyse und die Entfernung des Neurinoms (die Operation erfolgte nach 8 Wochen der Verwundung), gefolgt von einer Nervenast, zeigte nicht mehr als eine leichte Besserung der Symptome der Kausalgie.

Der Patient verfällt infolge seiner Schmerzen dem Morphinismus.

Die Anästhesierung und Blockierung des ersten Lumbal-Gangliens ergab eine zeitweise Befreiung der brennenden Schmerzen.

Die Extirpation des ersten Lumbal-Gangliens nach einem Jahr nach der Verwundung zeigte eine vollkommene Heilung.

Considerațiuni clinice și patogenetice asupra cancerului pancreatic cu diabet grav, cu acidoză

de

Dr. Gh. Faur

Dr. Gh. Ioanoviciu

Cancerul pancreasului în majoritatea cazurilor se prezintă ca o entitate clinică bine distinctă, care adeseori poate fi însoțit de turburări în metabolismul hidraților de carbon, în sensul unei glicozurii trecătoare, alimentare, sau permanente.

În literatura medicală întâlnim numeroase cazuri la care cancerul pancreasului este asociat cu diabet. *Bard* și *Pic* consideră glicozuria ca un simptom al acestui afecțiunii și o găsește în 17 din 150 cazuri de cancer al pancreasului. *Mirallie*, care s'a ocupat foarte mult cu această problemă pe o statistică de 50 cazuri, unde zahărul a fost căutat, găsește la 13 o glicozurie permanentă, în două cazuri glicozurie alimentară, iar la 37 absența glicozuriei. *Guillon* din 71 cazuri de cancer pancreatic găsește în 20 prezența glicozuriei. *Parisot* descrie forma glicozurică a cancerului pancreasului. *Pic* și *Talot* descriu o formă diabetică a cancerului pancreasului.

Din aceste statistici reiese că asociația cancerului pancreasului cu diabet zaharat se găsește într-o proporție de 4:1.

Dacă glicozuria pasageră sau permanentă însoțește relativ destul de frecvent cancerul pancreasului, coexistența acestui afecțiunii cu un diabet grav cu acidoză este o raritate clinică.

Din aceste motive am crezut interesantă descrierea observațiunilor noastre.

K. M. în etate de 56 ani este internată în serviciul Clinicii Medicale II la data de 13 X. 1943 pentru turburări dispeptice, simptome diabetice și icter.

Boala pentru care este internată datează de 2 luni și a început insidios cu o senzație de tensiune dureroasă și permanentă, localizată în epigastriu și ipocondrul drept, anorexie, proză, hipersomnie postalimentară, slăbire în forțe fizice și o scădere progresivă în greutatea corporală (aproximativ 20 kg în curs de 2 luni).

De 5 săptămâni, la aceste simptome, se adaugă o senzație de uscăciune în gură, polidipsie cu politurle și edeme maleolare vespérale, ce dispăreau a doua zi dimineața.

De 3 săptămâni observă decolorarea progresivă a materiilor fecale, iar de 3 zile scleroticile și tegumentele se colorează în galben.

Examenul obiectiv:

Bolnava prezintă o stare de nutriție proastă cu tegumentele și scleroticile colorate în galben.

Abdomenul este mărit de volum asimetric, jumătatea dreaptă fiind mai proeminentă față de cea stângă. Pe suprafața peretelui abdominal se poate observa conținutul mișcărilor peristaltice ale intestinului.

Ficatul mărit de volum, depășește marginea falselor coaste cu un lat de palmă. Este neted, regulat, de consistență dură și sensibil la palpare.

Sub marginea lui inferioară se palpează o masă alungită vertical, piriformă și elastică, care pare a fi vezica biliară mult mărită de volum.

În hipogastriu o formațiune tumorală de mărimea unui cap de făt de consistență dură și cu suprafața re-

gula, interpretată de Clinica Ginecologică ca tumoră uterină fibromatoasă.

Splina nu se palpează.

Sistemul nervos, aparatul respirator și circulator nu prezintă ceva patologic.

Scaun format, decolorat, extrem de fetid, cu reacție alcalină, fără mucozități, puroi și sânge. Microscopic, multe grăsimi neutre și fibre musculare striate, puțină celuloză cu amidon intra- și extracelular.

Urina galbenă-brună, turbure. Dens.: 1035. Alb. Pur. negative. Zahăr, acetonă, bilirubină pozitive. Cantitatea de urină în 24 ore 1500 cmc., glicozuria 137,4 gr. (9,16%). Glicemia 370 mgr. %/o. V. S. H. 36—63 (în 1 și 2 ore).

Examenul sângelui: hematii 3.200.000, hemoglobină 64%, leucocite 4400. *Leucograma*: granulocite neutrofile 68%, limfocite 31%, monocite 1%.

R. Wassermann, r. Weinberg-Pârvu negative. Metabolismul bazal +5%.

Încercarea în repetate rânduri a sondajului duodenal, după administrarea prealabilă de antispasmodice, cu scopul de a recolta suc duodenal în vederea cercetării fermenților pancreatici a dat greș. Acest fapt ne-a determinat să punem în evidență prezența lor în materiile fecale, unde însă atât tripsina, cât și amilaza la repetate examinări au fost găsite absente.

Examenul radiologic al tubului digestiv a arătat un transit încetinit al barului în cadrul duodenal, stomacul și restul intestinului prezentând un aspect normal.

Turburările digestive, astenia, pierderea în greutate, prezența unui ficat mărit de volum, cu o vezică biliară palpabilă care-și desemna uneori conturul pe suprafața abdomenului și a icterului progresiv, pe lângă absența permanentă și continuă a fermenților pancreatici în materiile fecale, ne-a determinat să suspectăm la această bolnavă prezența unui neoplasm localizat probabil la nivelul capului pancreasului, proces tumoral, care înterează în același timp și căile de excreție hepatopancreatice.

Pe de altă parte simptomele clinice ca: polidipsia și poliuria asociate cu prezența în urină a zahărului și a corpiilor cetonicilor, pe lângă o hiperglicemie de 370 mgr. %/o arată în cazul de față asociația cancerului pancreatic ca un diabet zaharat cu acidoză.

La 12 zile după administrarea unui regim de toleranță cu 250 gr. hidrați de carbon și insulină 60—70 unități la zi, cantitatea de urină scade la 500 cmc. pe zi, iar corpii cetonicici și glicozuria dispar complet.

Cu toate acestea starea generală a bolnavei se înrăutățește progresiv, edemele extremităților inferioare devin permanente și se extind până la coapse, iar icterul însoțit de un prurit rebel, devine tot mai pronunțat.

După instituirea unui tratament cardiotonic cu strofantină și a două transfuzii directe, fiecare de câte 250 cmc. sânge, se face o laparotomie exploratoare. La intervenția chirurgicală se constată că pancreasul e mărit de volum și aderent de organele vecine. Suprafața sa este regulată, iar consistența dură, lemnoasă,

Suprafața ficatului, mărit de volum, este netedă și regulată, iar consistența, moale.

Vezica biliară, de dimensiunea unui pumn de adult și sub tensiune, este plină cu bilă și aderentă de ficat.

La 10 zile după intervenție, cu plaga operatorie vindecată în condițiuni optime, bolnava părăsește serviciul spitalicesc la cerere proprie.

Laparotomia exploratoare a confirmat deci diagnosticul nostru, evidențiindu-ne transformarea neoplazică a capului și extinderea în același timp a procesului tumoral, atât la nivelul corpului, cât și la coada pancreasului.

Iată deci un caz rar, la care cancerul pancreasului este asociat în același timp cu un diabet zaharat și acidoză.

Glicozuria în cursul cancerului pancreatic este relativ frecventă. În unele cazuri ea se prezintă sub forma unei glicozurii trecătoare și de intensitate mică, în schimb la altele ea poate lua un caracter permanent și să fie însoțită de adevărate simptome diabetice.

În cancerul pancreasului glicozuria poate îmbrăca deci forme variate și ca atare, poate avea cauze diferite.

După Marcel Labbé glicozuria în cancerul pancreasului are două origini:

În unele cazuri ea poate avea de cauză o insuficiență în secreția internă a pancreasului provocată prin distrugerea unei părți mai mari a țesutului pancreatic de procesul tumoral; în aceste cazuri, din cauza că rămân încă suficiente insule Langerhaus intacte. În regiunile neinteresate de procesul tumoral, insuficiența pancreatică va fi incompletă, ca atare glicozuria va fi trecătoare și de intensitate mică, provocată prin o alimentație mai exagerată în hidrați de carbon și care poate fi pusă în evidență prin proba hiperglicemiei provocate, analoagă cu aceea, pe care o întâlnim în cursul afecțiunilor hepatice. Când procesul tumoral cuprinde în întregime țesutul pancreatic și deci insulele lui Langerhaus într'un număr mai mare, se produce o insuficiență pancreatică totală. În aceste cazuri glicozuria îmbracă aspectul unui adevărat diabet, mai mult sau mai puțin grav, ca și în cazul nostru.

În alte cazuri glicozuria este provocată de un proces de scleroză, care distruge în întregime pancreasul, abolindu-l funcțiunea endocrină.

Această probabilitate face ca în aceste cazuri diabetul să preceadă dezvoltării cancerului pancreatic, iar scleroza să joace rolul unui factor favorizant în des-

LEUKOTROPIN

**Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic**

mai ales indicat în toate

sindroamele reumatismale
artrite acute
inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.

(vorm. Silten-Gesellschaft)

MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Preventiv In Asthm

o singură comprimată de
Iminol

previne accesul iminent
dacă este luată la timp.

Intrebuițarea comodă

fără acțiune secundară.
Nu produce obișnuință.

Tuburi cu 10 și 20 comprimate

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

voltarea acestui proces tumoral, așa cum se poate vedea dezvoltarea unui adenom în cursul unei cîrchoze hepatice, susceptibil de a se transforma în unele cazuri în cancer.

Același lucru îl putem observa și la nivelul pulmonului unde numeroase cancere se dezvoltă pe vechi scleroze pulmonare, dilatații bronșice sau scleroze bcl-lare. Apoi cancere ale stomacului dezvoltate la nivelul unor ulcere vechi sclerozate, sau cancere ale veziculei consecutive litlazel bilare (Carnot).

În adevăr sunt publicate cazuri, la care cancerul a fost precedat de o scleroză hepato-pancreatice sau de un diabet cu cîrhoză hepatică. Acesta asociațiunl, rare de altfel, nu trebuiesc considerate însă ca o regulă și este foarte riscat de a admite în mod absolut rolul favorizant al sclerozel în dezvoltarea unui cancer.

Glicozuria în cursul cancerului pancreatic ar avea deci două cauze:

1. În unele cazuri ea este secundară cancerului pancreatic.

2. În altele ar fi secundară unei cîrchoze hepato-pancreatice, care precede dezvoltarea cancerului pancreatic.

Faptul că la bolnava noastră fenomenele clinice de diabet au apărut mai târziu după o fază prealabilă de mai multe săptămâni, în care timp tabloul clinic a fost predominant de fenomene dispeptice, ne îndreptățește să afirmăm cu multă probabilitate, că glicozuria în acest caz trebuie considerată ca secundară cancerului pancreatic.

Concluzii:

1. Asociația cancerului pancreasului cu diabetul zaharat cu acidoză este o raritate clinică.
2. Diabetul poate preceda sau urma cancerul pancreatic.
3. Cauza diabetului în aceste cazuri este datorită fie unui proces tumoral localizat la nivelul pancreasului în care caz diabetul apare ca un fenomen secundar, fie unei cîrchoze hepato-pancreatice, când fenomenele diabetice precedă procesul tumoral.

Bibliografie

1. Marcel Labbé: Leçons cliniques sur le diabète. Paris 1932.
2. Aubertin-Bessière-Broustet: Le diabète sucré. Paris 1935.
3. Hațieganu: Bolile pancreasului. Vol II, pag 601. Cluj 1941.

LUCRARE DIN CLINICA MEDICALĂ II CLUJ—SIBIU
Director: Prof. univ. Dr. I. Goia.

RESUMÉ

On fait des considerations cliniques et pathogeniques sur le cancer du pancreas, associé avec du diabet sucré grave, avec de l'acidose, en rapport avec une observation clinique chez une femme de 56 ans.

ZUSAMMENFASSUNG

Im Anschluss an einem seltenen Fall von Bauchspeicheldrüsenkrebs mit schwerem Diabetes zacharatus und Azidose bei einer 56 jährigen Frau, stellen die Verfasser Betrachtungen über die Pathogenese und das klinische Bild der Erkrankungen an.

Medicină de războiu

Fizioterapie în războiu

de

Prof. Dr. Marius Sturza

— Continuare din Nr. 8. —

Hidroterapie

Continuăm cu hidroterapia, care ne învață cum putem să aplicăm apa la orice temperatură și în orice stare de agregare combinată, cu diferite manipulațiuni mecanice asupra corpului uman, spre scopuri terapeutice și dietetice. Cu toate că hidroterapia este puțin evidențiată în literatura medicală de războiu — după părerea noastră, pe nedrept, — totuși posibilitățile terapeutice sunt atât de multiple și variate, încât nu putem să le trecem nici pe departe în revistă, oricât de folositoare ne-ar putea fi chiar în tratamentul rănilor. O parte din acestea, precum sunt băile kinetoterapeutice, cataplasmele, băile de picioare, de șezut, le-am menționat în capitolele anterioare, cu toate că aparțin și ele hidroterapiei.

Înainte de toate vom întrebuința metodele hidroterapeutice ca *proceduri igienice și de întărire generală*, putând face uz de *fricțiuni* și *spălări parțiale* chiar la cel mai grav rănit, și de *băi complete*, împreună cu fricțiunl, cu perlat, cu valuri, la cel mai ușor rănit.

O remarcă trebuie să facem aci cu privire la acțiunea foarte puțin cunoscută a băilor parțiale reci, de mâini și de picioare, la temperaturi de 16—20 grade C, în caz de staze circulatorii cu edeme, după flebite, tromboze, în deosebi însă după tumefierile urmate pansamentelor de gips îndelungate. Aceste băi, cari cu toată răceala lor sunt bine suportate, trebuiesc luate zilnic 30—40 de minute, retrăgându-se cu ajutorul lor tumefierile și edemele incomparabil mai repede decât cu orice alt tratament.

Atâția dintre răniții extenuați, anemici, neurastenizați au nevoie de o stimulare idrlatică, care îi remontează trupește și sufletește în timp relativ scurt. Vom

face uz la *răniții agitați* de băi călduțe calmante, simple sau cu adaus de mușețel, flori de fân, extract de brad. La cel carl sufăr de *insomnii*, cu reacție cutanată bună, vom întrebunța împachetări $\frac{3}{4}$ sau comple, urmate de spălări și băi, apoi la cel deprimați și astenici, de *băi răcoroase cu valuri sau cu fricțiuni în formă de halbbad*.

În caz de *infecții* și *infecții* ale rănilor vom aplica *compresse Priessnitz*, cu sau fără hidrofore, iar în febră *compresse Priessnitz la trunchiu, la gambe*, eventual și *împachetări, jumătate sau $\frac{3}{4}$* . Toate inflamațiile cronice, de durată mai lungă, le vom trata cu comprese calde sau cu cataplasme de mușețel, de flori de fân, de semințe de in, ținând cont de efectele calmante, lăcrimante și rezorbante pe care le produc. Nu vom trece cu vederea că rănilor infectate se vindecă mai ușor și mai repede dacă facem uz de băi parțiale sau generale simple sau cu decocturi de plante medicinale, cu săpun de potasiu, cu spumă, și nu vom uita să întrebunțăm în aceste băi, cât mai în grabă, *kinetoterapia*. Astfel vom atinge paralel cu vindecarea rănilor și remontarea bolnavilor. Este regretabil că nu posedăm la noi în țară încă niciunul *paturi de băi* în care să poată fi plasați răniții cu dureri mari timp de mai multe zile și chiar săptămâni. Aceste paturi de băi influențează de altfel în mod foarte favorabil și vindecarea *combustionilor și congelărilor* din război.

Infiltrațiunile inflamatorii în țesutul subcutan, în musculatură, în tendoane, ligamente și exudațiunile articulare și peri-articulare le vom îndrepta spre o rezorbție mai repede, atunci când nu mai sunt dureroase, prin *duș masaj*, prin *masajul subaqual* și mai ales prin *dușul subaqual*, care nu s'a putut încă încetășeni la noi cu toate rezultatele excelente care le oferă chiar la răniții din război. Adeseori vom putea accelera rezorbțiunea combinând aceste proceduri cu *stază de 30—60 minute în membrele respective*, în cursul sau după aplicațiunea acestor proceduri. Infiltrațiunile și exudațiunile mai intensive și încă dureroase, în deosebi în articulații, precum și *calozitățile dureroase*, le vom influența foarte bine prin *băi de aburi locale*, prin *comprese cu aburi*, prin *împachetări cu parafină*, iar când rezorbțiunea a început să se instaleze în mod vădit, vom trece la *dușuri cu aburi zilnice*, combinate eventual cu *masaj și mișcări*. Aceste proceduri au un efect excelent și asupra *nevralgiilor* provocate de procese inflamatorii, hematoame, cicatrice, calozități. Nevralgiile de aceeași origine sunt calmate foarte bine și prin *dușuri filiforme*.

Un rol important le revine, în tratamentul rănilor, procedurilor hidroterapeutice *alternante* în formă de *dușuri ecoseze*, de *afuziuni alternante* și de *băi parțiale alternante*. Toate atrofiile de inactivitate pe urma pansamentelor de gips, turburările circulatorii cauzate tot de imobilizări, parezele și paralizile se ameliorează prin asemenea proceduri foarte repede.

După ce am atins aceste ameliorări, vom completa vindecarea prin *dușuri și afuziuni reci* de scurtă durată, urmate de plimbări și de gimnastică.

Electroterapia

Un rol foarte important îl revine electroterapiei în tratamentul rănilor de război. Prin ea putem să acționăm asupra *durerilor musculare, a nervilor și a articulațiilor*, asupra *contracturilor, atrofiilor, parezelor, paralizilor*, precum și asupra *exudațiilor*. Electricitatea o întrebunțăm în terapie în următoarele forme:

1. *Ca și curent constant în formă de galvanizare;*
2. *Ca și curent alternant de frecvență joasă în formă de curent faradic și curent sinusoidal;*
3. *Ca și curent alternant de înaltă frecvență, în formă de Arsonvalizare, până la o frecvență de un milion pe secundă și în fine cu o frecvență de peste un milion, care însă ne prezintă o energie calorică prin aparatele de diatermie și unde scurte.* Cu aceste din urmă ne vom ocupa însă la capitolul *termoterapiei*, cu care au mai multă comuniție atât din punct de vedere biologic, cât și terapeutic.

Curentul galvanic îl întrebunțăm, la răniții din război, mai mult în formă de *curent constant*; facem însă destul de des uz și de *curentul galvanic întrerupt, undulant sau pulsant*. Pentru fiecare din aceste categorii există aparate speciale, dintre cari menționăm *undulatorul lui Kowarschik* și *întrerupătorul lui Leduc* apoi *metronomul lui Bergonié* precum și dispozitivele pentru *curent crescând și descrescând* introduse de *Bordier* și *Arsonval* și în fine *miomotorul lui Becker*. Forma și mărimea electrozilor variază după felul aplicațiunii curentului asupra diferitelor regiuni ale corpului. Adeseori introducem curentul în diferite vase cu apă în cari apa servește ca și conductor electric putând astfel aplica *băi electrice de mâini, de picioare, de șezut*, în formă de *băi bicelulare, tricelulare, patru și cincicelulare* precum și în formă de *băi complete*.

Cea mai perfectă instalațiune de băi electrice galvanice o avem în așa numita *baie Stanger* care ne permite conducerea curentului într-o soluție de tanin sau alte decocturi prin orice regiune a corpului.

Curentul constant ne servește mai departe și pentru aplicațiunea *iontoforozei*.

Curentul galvanic constant acționează prin migrațiunea ionilor în mediul pe care este aplicat. Ionii electroliților absorb și duc cu sine și particule coloidale ba chiar și solide în formă de celule, bacterii etc., producând prin aceasta schimbări în disociația electrolică, schimbări chimice și biologice în mediile pe care le parcurg. Acestor schimbări le datorim efectele pronunțate ale galvanizării. Curentul întrerupt și pulsant produce aceste schimbări numai în măsură foarte mică, în schimb excită într'un mod vădit musculatura și sistemul nervos. În cele următoare vom înregistra numai efectele fără a ne extinde mai departe asupra modului de acțiune al acestor curenți.

Punem în fruntea acestor efecte, *cel calmant, alinător de dureri*, atât de folositor răniților.

În toate *nevralgiile*, fie ele localizate în oricare nerv, *curentul galvanic* trebuie încercat în primul rând; numai după acesta urmează procedurile termoterapeutice. Natural că și la răniți va trebui să considerăm

etiologia nevralgiilor și să înlăturăm cauzele traumatismului (compresuni, infiltrații, inflamațiuni, aderențe, fracturi, etc.). După înlăturarea acestora putem conta însă pe rezultate eficiente și grabnice. *Nevralgiile plexului, cele brachiale, occipitale, intercostale și sciatica* răspund toate favorabil la tratamentul cu curent constant.

Trebue să relevăm însă, că rezultatele depind foarte mult de modul de aplicățiune. Noi preferăm, — unde numai putem — *galvanizarea transversală a nervilor* celei longitudinale și întrebuițăm *electrozi mari și bine acoperiți cu pânză groasă de ștergar*, folosind curenți de 40—120 M. A., deplinzând intensitatea de suprafața și volumul pe care-l parcurg; unde aplicațiunea aceasta este dificilă facem uz de băile parțiale *bicelulare și patrucelulare* și mai ales de *băile Stanger*.

Dar nu numai algiile nervilor sensibili sunt bine influențate de curentul galvanic, ci și *mialgiile și artralgiile*, apoi durerile funcționale din domeniul sistemului *neuro-vegetativ*, ca *gastralgiile, enteralgiile, cardalgiile, durerile pleurale* și cele ale vezicel. Pe toate acestea le întâlnim mai rar sau mai des la răniți din războiu. Efectele bune sunt datorite probabil nu numai calmării directe a nervilor sensibili, ci și acțiunii *iperemizante și antispasmodice* a curentului galvanic. Acțiunea aceasta *iperemizantă* este foarte pronunțată; durere, o utilizăm prea puțin chiar și în fizioterapie. Vaso-dilatația produsă în deosebi la catodă, se menține nu numai la locul de contact cu electrozii, ci și în profunzime, timp mai îndelungat după terminarea procedurii. Ea este de multeori mai puternică decât *iperemia* produsă prin căldură la aplicațiunea *diatermiei* și a undelor scurte. De această acțiune *iperemizantă* putem face uz la răniți din războiu în toate *atrofiile musculare*, pentru a produce o mai bună nutrițiune, precum și în toate *tulburările circulatorii* după paraliziile centrale, după congelări și tromboflebite. *Iperemiei* produsă prin galvanizare îi datorim și efecte bactericide și antiinflamatorice în inflamațiunile cronice posttraumatice, ale articulațiilor, tendoanelor, a burselor mucoase și în periartrite. La caz că inflamațiunea atinge o regiune restrânsă vom întrebuița galvanizarea transversală, iar când avem a face cu un proces mai extins vom aplica *băile galvanice parțiale și generale*, după putință *băile Stanger*.

Curentul constant îl întrebuițăm și pentru *iontoforeză*. Pentru răniți din războiu vine în considerare în deosebi *iontoforeza cu histamină* în concentrații de 3:100.000 în caz de *mialgii, artralgii și nevralgii* posttraumatice, aplicată la polul pozitiv timp de 10 minute cu o intensitate de 10 M. A.; în aceste din urmă iontoforeza ne dă adeseori rezultate mai pronunțate decât galvanizarea simplă. Pentru aceleași dureri putem utiliza *iontoforeza cu emanația de Radium* de 100.000 unități MACHE la polul pozitiv și cu *acid salicilic* de 30%. În fine putem aplica *iontoforeza transcerebrală* cu *calciu clorat* și *iod* în cazuri de leziuni cerebrale urmate de hemi- și monoplegii spastice introducând calciul și iodul în soluție de 30% prin catodă. Catoda se aplică deasupra foramenului occipital, iar anoda împărțită pe 2 electrozi deasupra cavităților

orbitelor; intensitatea 3—5 M. A. și durata de 20—30 minute. Înainte de introducerea medicamentului prin iontoforeză este recomandabil să aplicăm câteva minute galvanizarea transcerebrală simplă.

Curenții alternanți de frecvență joasă îi întrebuițăm în electroterapie în formă de *curent faradic* și *curent sinusoidal*. Aparatele cele mai uzitate pentru aplicarea acestor curenți sunt: *aparatură faradic a lui Ruhmkorf* (aparatură pe sație), pentru curent primar și secundar întrerupt, pantostatul care ne oferă pe lângă curentul galvanic și pe cel faradic și sinusoidal provenit dintr-o centrală electrică, cu ajutorul unui transformator care reduce tensiunea curentului alternant de 110—120 V. de la centrală la 20—40 V. La aceste aparate putem aplica întrerupătoarele și ondulatoriile menționate mai sus la curentul galvanic precum și dispozitivele pentru o intensitate crescândă și descrescândă. Astfel avem posibilitatea să variăm o sumedenie de aplicațiuni ale acestor curenți.

Dintre aparatele speciale cu intensitate crescândă și întrerupătoare ritmice cele mai cunoscute sunt *tonizatorul lui Ebel*, *pulsatorul firmei Siemens* și *Electroponul* firmei *Schulmeister*, iar aparatul care permite o faradizare întreruptă pe regiuni mai extinse sau pe întreg corpul este *aparatură lui Bergonié*. Constrațiunile ritmice în întreaga musculatură produse prin acest aparat ne oferă o *electrogimnastică* generală și procedura aceasta o numim după inventatorul ei *Bergonizare*.

În fine avem posibilitatea a întrebuița și curentul *galvano-faradic*, înlocuind un aparat galvanic cu unul faradic prin doi poli și aplicând la polii rămași liberi electrozii necesari. Prin aceasta se sumează efectele excitante ale acestor două categorii de curenți. Curenții produși de toate aparatele acestea îi putem aplica pe anumite puncte ale nervilor, de-a-lungul traectului lor, pe mușchi singuratici și pe grupuri de musculatură. De modul de aplicare depinde mărirea și forma electrozilor, asupra cărora însă nu putem să insistăm aici. Vom numai să relevăm că electrozii de sârmă în formă de pensule și perii sunt întrebuițați exclusiv pentru faradizarea nervilor sensibili.

Ca și curentul galvanic poate fi întrebuițat curentul faradic și sinusoidal în formă de *băi bicelulare, patrucelulare și complete* cu toate variațiunile menționate mai sus. Formele de aplicațiune sunt deci foarte multilaterale, iar efectele, pe care le produc, le putem rezuma în următoarele:

Ele provoacă o excitațiune foarte accentuată a nervilor sensibili, motorii, a musculaturii striate și netede. La răniți din războiu cu sechelele lor, curenții alternanți vor fi indicați și în caz de *mialgii, nevralgii și dureri în cicatrice*, pentru care vom întrebuița pensula sau perla faradică cu efecte revulsive și derivate. Ameliorarea apare de obicei în timp scurt. Domeniul terapeutic cel mai propice pentru curenții faradici ni-l oferă însă *paraliziile traumatiche* urmate de *atrofii musculare*, apoi *atrofiile de inactivitate* și *paresele și paraliziile spastice*. Examenul reacției de degenerescență ne va indica în ce mod avem să purcedem. Degenerescența completă a nervului sau a nervilor va face necesară adeseori o intervenție chirurgicală imediată cu sutura nervului sau scoaterea lui din cicatrice sau din calus. Atât în războiul trecut cât și în timpul scurt al activității noastre în războiul actual, am preferat, cu ajutorul chirurgului, după autopsie, degajarea și eventual sutura nervului lezat unui tratament expectativ prea îndelungat și am reluat tratamentul după remedierea chirurgicală!

prin aceasta am putut scurta adeseori tratamentul cu săptămâni și luni. În caz de reacție de degenerescență parțială vom începe tratamentul faradic imediat. Pe lângă procedurile hidroterapeutice menționate mai sus încă altă metodă de tratament nu ne duce mai repede la țintă decât tratamentul cu curenți alternanți faradici, întrerupți, undulanți, cu pulsatorul și tonizatorul. În tratamentul paralizilor laxe am întrebunțat de obicei în aceeași ședință mai întâi galvanizarea locală a musculaturii pentru a produce o hiperemizare abundentă și am continuat apoi cu curenți faradici undulanți asupra musculaturii, terminând cu faradizarea nervului motor corespunzător. În *atrofiile de inactivitate* întrebunțăm sau faradizarea simplă cu electrodul în formă de sul mobil sau tonizatorul și pulsatorul. În paralizii și atrofii întinse ale extremităților la leziuni ale plexului, când nervii și musculatura încep să reacționeze deja la curenții faradici, progresele cele mai rezezi le vom atinge cu *electrogimnastica* în aparatul lui *Bergonié*. Pe cât de puțin promițătoare au fost efectele acestui aparat în maladiile metabolismului, în special în adipositate, pentru care a fost construit, pe atât de folositor s'a dovedit în tratamentul paralizilor și atrofiiilor. El este de altfel indicat și pentru răniți debilitați după o ședere mai îndelungată în pat, cu o circulație generală defectuoasă și cu miocardul debilitat. Bergonizarea formează la tot cazul un adjuvant prețios în tratamentul răniților și este de regretat că acest aparat este atât de puțin apreciat și întrebunțat.

Cu precauțiune motivată trebuie să tratăm paralizile spastice cu cari ne întâlnim la leziuni centrale ale creierului și câteodată și ale măduvei. Aici faradizăm în mod *selectiv*, cu oricare din metodele menționate, de preferință însă cu curentul *galvano-faradic*, musculatura paralizată, care aparține de obicei extensorilor, fără a ne atinge de mușchii contractați, pentru că astfel riscăm a mări contracturile. Relevăm acest procedeu imperativ, cât de simplu ni se pare, pentru că în privința aceasta se fac cele mai dese greșeli, nu numai din partea personalului tehnic, ci și a celui medical.

Cu ajutorul *curentului faradic crescând și descrescând* putem să acționăm în flae și asupra musculaturii netede a stomacului și intestinelor în caz de atonii, pe cari încă le întâlnim destul de des la răniți.

Spre acest scop întrebunțăm, de obicei, electrozii mari, dintre cari unul îl plasăm pe regiunea dorso-lombară, iar celălalt îl mutăm pe abdomen în curs de 20 minute pe regiunile cari corespund mai mult părților atomice. Un alt mod de aplicațiune cu acțiuni și mai pronunțate ne oferă *electro-clisma*, la care introducem un electrod lung în formă de tub de cauciuc în interiorul cărui se găsește o spirală de metal mobilă, ca și conductor, și prin care putem injecta o soluție fiziologică călduță, care conduce foarte bine curentul electric. Electrocul intestinal și lichidul introdus acționează direct asupra pereților intestinului, tonalizându-l și urcând peristaltismul.

Băile faradice și sinusoidale bicelulare, patru-celulare și complete le întrebunțăm la răniți ca și la alți bolnavi în deosebi în tulburări circulatorii, cu cari ne întâlnim destul de des dacă dăm atențiunea cuvenită organismului întreg și nu numai leziunii locale. Ele au influență tonizantă asupra miocardului, dar mai ales asupra elementelor contractile ale vaselor de la periferie. De obicei începem în băile patru-celulare anoda la celulele de la brațe și catoda la cele de la picioare, întrebunțând băile la o temperatură de 36° C, timp de 15—20 minute. Adeseori ne succede prin aceste proceduri să îndreptăm spre normal și curbele electrocardiogramului (experiențele lui Leimdörfer).

Curenții de înaltă frecvență în formă de *Arsonizare* îi aplicăm cu electrozii de efluvii, cu cei producători de scântei, cu pensule sau cu dispozitive de sticlă evacuate de aer sau cu electrozii de contact. Mecanismul de acțiune nu ne este încă bine cunoscut, efectele locale ni se prezintă însă ca *revulsive* și *excitante*. La răniți întrebunțăm acești curenți înainte de toate la *răniile torpide*, la *ulcerații* și în *fisuri* fără tendințe de vindecare, cu rezultate bune. O altă întrebunțare utilă răniților oferă *cicatricile dureroase*, cari sunt calmate foarte repede; asemenea și durerile subcutane în *celulite*, *fibrosite* și *paniculite*. Acțiunea revulsivă produce, mai departe, efecte satisfăcătoare în toate *neuralgiile*; în deosebi însă în cele superficiale, cum este *meralgia parestetică* a nervului femoral cutanat lateral; dar și în *mialgii* posttraumatice și în *parestezii* ni s'au dovedit foarte folositori curenții de înaltă frecvență.

(Continuare în numărul viitor).

Tratamentul fracturilor de războiu complicate cu osteită

de

Dr. Susan Bartolomeu și **Dr. Bălan Mihaela**
med. prim., chirurg ortoped Int al Spitalelor

Ne vom ocupa în această lucrare de tratamentul preventiv și curativ al celei mai frecvente dintre complicațiile fracturilor de războiu, de tratamentul osteitei ca rezultat al procesului infecțios local în focarul de fractură.

De altfel, aceasta a constituit, din toate punctele de vedere, o problemă de competență a statelor majore beligerante, din motive lesne de înțeles.

a) Osteomielita de războiu e foarte frecventă. Dintr'un număr de 16.000.000 răniți osoși germani în trecutul războiului, 10.000.000 au prezentat infecție osoasă, iar în Franța 47% din totalul răniților au avut osteomielită, consecință a fracturilor.

În serviciul de ortopedie al Spît. 303, din 722 răniți cu fracturi osoase, numai 31, adică 4% n-au fost întovărășite de fenomene infecțioase osoase.

Tratamentul osteomielitei este foarte lung. După cum reiese dintr'o statistică germană „exceptând răniții de războiu a căror rănire necesită o spitalizare permanentă, răniții cu fracturi osoase infectate sunt, de departe, cei care au nevoie de cea mai îndelungată ședere în spital”.

* * *

Aspectul clinic al osteitei este dominat de violența destul de redusă a infecției, cu exacerbari ale ale virulenței din când în când, sau cu pauze de aparentă vindecare completă, înșelătoare pentru bolnav, ca și pentru medic, de greutate în vindecare a procesului osteomielitic și de prezența fracturii care imprimă simptome esențiale aspectului osteomielitic și justifică tratamente proprii, care însă modifică fundamental evoluția procesului infecțios.

Mai mult didactic decât clinic, se poate totuși distinge două forme: acută și cronică, prelungindu-se una într'alta și revenind adeseori.

Tratamentul osteomielitei în genere și a osteomielitei de războiu în special, a prezentat în decursul vremurilor oscilații mari, dela intervenționalismul absolut, la abținerea tot atât de absolută, cu aplicarea sau înlăturarea completă a întrebunării simultane a unui tratament medical.

Actualmente, urmând o cale de mijloc, totdeauna mai folositoare decât una strict exclusivă, tratamentul osteomielitei de războiu comportă 2 timpi: unul principal, chirurgical, altul adjuvant medical.

În tratamentul chirurgical vom deosebi două metode oarecum bine definite:

Una reprezentată de școala italo-germană, în frunte cu Putti și Boehler, care în rezumat distinge în tratamentul osteomielitei două faze: prima, în care fractura nu este consolidată și procesul este acut sau subacut, când tratamentul se rezumă la imobilizare în bună poziție în aparat gipsat, fiind interzis accesul în focarul de fractură și a doua, în care fractura este consolidată și procesul este acut sau subacut, când tratamentul constă în curățirea cavității osteomielitice și extragerea eventualelor sechestre.

Metoda de tratament franceză dominată de Pollicard, Leriche, la care a aderat în bună parte și chirurgia română (Iacobovici, Rădulescu, Gîrloteanu) pleacă dela principiul diametral opus celui admis de școala italo-germană, anume că într'o fractură infectată de războiu, ceea ce interesează în primul rând este infecția, fractura urmînd de abea în al doilea rând (Bellet, Leriche, Pollicard) și aceste principii sunt admise de majoritatea chirurgilor români.

Inspirîndu-ne din ambele concepții terapeutice, am aplicat o terapie „de mijloc” fracturilor cu procese de osteită pe care l-am îngrijit în Spît. Z. I. 303 dela începutul războiului, în număr de 722 din cele peste 2000 cazuri de fracturi ce am îngrijit. Anume: Refăcuți statistic: humerus 181, antebrăț 118, mână și degete 41, femur 163, gambă 161, picior 42, diverse 16.

De îndată ce se primește un rănit osos în Spît. Z. I. 303, este avizat Serviciul de ortopedie.

Am socotit pe toți răniții osoși veniți, ca prezentînd infecție locală osoasă, mai mult sau mai puțin activă, întru cât timpul trecut dela rănire și până la sosirea în spital a variat între 5 zile și 2 ani, iar fracturi la care orificiile de intrare și ieșire ale proiectilului sînt fie punctiforme, fracturi pe care să le putem echivala celor închise, au fost excepțional de rare.

Răniților la care, din folie de observație și clișeele întovărășitoare rezultă că fractura este bine redusă, iar la care starea prezentă generală și temperatura sînt normale, răniților li se menține aparatul gipsat, iar controlul radiografic obligator se face prin gips. După rezultatul radiografic se procedează la scoaterea aparatului gipsat în gutieră, și după acela rănitul este trimis la sala de operații, împreună cu clișeele făcute.

La răniții sosiți în cursul nopții, aceste operații se fac cu precădere în dimineața zilei următoare.

Am deosebit trei categorii de răniți osoși:

1. Fractura recentă, cu fractura neconsolidată și osteită consecutivă.

2. Fracturați recent, cu fractura consolidată recent sau pe cale de consolidare și osteită consecutivă.

3. Fracturați vechi, cu fractură consolidată, dar cu focar de osteită cronică.

I. În primul caz, cel mai interesant, tratamentul poate fi sintetizat în: reducere imediată și imobilizare riguroasă.

Nici o contraindicație la intervenția imediată. Anestezie generală, de preferință cu Eunarcon sau cu Evipan sodic. Inciziile suficiente pentru abordarea focarului de fractură.

Am extras, pe cât a fost posibil, toți corpii străini din plagă, fără a ne încăpățâna la găsirea lor, sau a prelungi prea mult durata intervenției.

Am renunțat la extragerea eschilelor osoase, chiar a celor complet detașate, sau depărtate de focarul de fractură, pentru că avem convingerea că prezența lor este necesară pentru grăbirea formării unui calus solid. Nu am făcut excepție decât pentru eschilele mici, libere, situate atât de excentric, încât formarea unui calus care să le înglobeze pe lângă că ne părea greu de realizat, ar putea să devină periculos prin volumul și situația lui.

Cu această economie în extragererea eschilelor, avem convingerea că am evitat formarea de numeroase pseudartroze.

După ce se deschid toate colecțiile purulente eventuale și se debridează traectele fistuloase, se procedează la o reducere cât mai completă a fracturii.

Reducerea căutăm să o obținem pe masa ortopedică „sistem Rădulescu”. Alteori prin simple manevre manuale, de obicei la fracturi ale membrului superior, uneori menținute prin ajutorul unui fragment osos introdus în cavitățile medulare ale celor două fragmente și când deplasarea este minimă, alteori prin extensie pe masă, controlând repunerea sub ecran, menținând tracțiunea până la mularea și uscarea completă a aparatului gipsat, când deplasarea este ceva mai mare, de cele mai multe ori însă am recurs la extensie transscheletică cu broșa Kirchner, menținută sau nu după amplitudinea deplasării și volumul masei musculare de invins.

După ce am controlat să nu mai existe fuzee și retenții la distanță, mai ales vecine articulațiilor și am asigurat hemostaze, se procedează la aplicarea aparatului gipsat circular, de preferință armat la nivelul viitoarelor ferestre și se face controlul radiografic.

După 48 ore ferestram aparatul gipsat la nivelul plăgilor, acolo unde el s'a îmbibat.

Nu suntem partizanii tratamentului închis, care se pare de altfel că are mulți adepți.

Pansamentul local se schimbă cât mai rareori, după nevoile, mărginindu-ne la curățirea mecanică a plăgii. Ca substanțe chimice, am întrebuințat benzina iodată, apa ox-

genată și dakinul, dar și acestea în cantități reduse. În ceea ce privește drenajul, în majoritatea cazurilor l'am asigurat prin tuburi de cauciuc rigide, pe care le-am menținut minimum de timp necesar, mai ales când treceau în imediată apropiere a fracturii, sau chiar prin focar, pentru a nu adăoga acțiunea iritativă de întreținere a infecției. Am renunțat complet la întrebuințarea meșelor pentru drenaj utilizându-le doar pentru a stăvilii prin tamponament o hemoragie în masă.

După ce plaga nu mai secretă și se prezintă curată și superficială, pansamentul cu substanțe grase — oleu de vaselină, oleu gomenolat, untură de pește, dermatol, etc. — se menține mai multă vreme, uneori recurgând chiar la tragerea de fașă gipsată de deasupra.

Tratamentul local nu exclude aplicarea și a unui tratament general, ci dimpotrivă. Obiceiul să dăm sulfamide din prima zi, timp de 4—5 zile, începând cu 5 grame prima și a doua zi și 3 grame în zilele următoare, uneori în asociație cu iod și bine înțeles cu supravegherea ficatului. (Serurile și vaccinurile nu ne-au dat nici un rezultat).

În rest, medicație analgetică în primele zile, și apoi reconstituantă pentru organism, pe bază de fier și arsenic, cu o alimentație suficientă, evitând cu grijă alimentele bogate în purine și sulf, contraindicate în tratamentul cu sulfamide.

Treptat aparatul gipsat este tălat în gutieră, apoi suprimat, după controlul radiografic al fracturii. După un timp variabil de 2—5 luni, variabil cu sediul fracturii se începe tratamentul fizioterapie (căldură, masaj, mobilizare pasivă și activă) pentru a reda, pe cât posibil, o parte din funcțiunile pierdute.

Cu aceste metode, în 33% din cazuri fractura s'a consolidat și procesul de osteită a încetat într'un timp relativ scurt.

La ceilalți, fractura s'a consolidat, dar procesul osteitic cronicizat a necesitat o nouă intervenție.

II. *La fracturații de dată recentă, cu fractura pe cale de consolidare sau consolidată recent*, cu calus moale sau încă dureros, atitudinea noastră terapeutică variază după felul în care este consolidată fractura.

Când fractura este consolidată în poziție bună, bine axată, conduita noastră terapeutică se rezumă la deschiderea de urgență a focarelor septice, drenajul și menținerea imobilizării până la consolidarea definitivă a fracturii și liniștirea focarului osteitic.

Când fractura este vicios consolidată, recurgem la osteoclasia focarului de fractură, cu ajutorul tracțiunii pe masa ortopedică și manevre locale manuale pentru desprinderea calusului, controlând clinic și radiologic reducerea fragmentelor. Concomitent, asigurăm drenarea părții declive a focarelor purulente, iar rezultatul obținut, îl fixăm în aparate gipsate, aplicate imediat direct pe plele.

III. *In fracturile vechi*, datând de cel puțin 3 luni dela rănire, cu fractura definitiv consolidată, atitudinea noastră va fi de asemeni în funcție de felul cum s'a consolidat fractura.

Când fractura este consolidată în poziție bună, bine axată, ne limităm la sechestrectomia și drenaj. Pentru abordarea sechestrelor ne-am ghidat de traectele fistuloase pe care le-am injectat uneori cu substanță colorantă și după extirparea sechestrelor — totdeauna cu clișeu radiografic în față — am excizat și traectul fistulos.

Sechestrectomia am combinat-o cu curățirea întregului focar ostetic, de excizia părților scleroase, musculare și de modelarea calusului deformant și compresiv. Nu neglijăm niciodată drenajul și imobilizarea preventivă în gutliere sau aparate gipsate preventive, pentru a preveni apariția fracturilor patologice ce s'ar putea produce.

In fracturile vicios consolidate, atitudinea noastră variază :

1. după timpul trecut dela rănire;
2. după formarea anatomică;
3. după starea părților moi învecinate;
4. după activitatea și inactivitatea focarului ostetic.

În cazurile de fracturi vicios consolidate, cu fragmente multiple și calus încă moale, încercăm în prealabil osteoclasia și tracțiunea pe masa ortopedică, indiferent de starea focarului de ostetă.

În majoritatea cazurilor am reușit astfel să redresăm atitudinea vicioasă, scurtări și desaxări compromițătoare.

Dacă consolidarea este mai puternică, neimpresionabilă prin osteoclasie, recurgem la osteotomia extrafocale, pentru corectarea scurtării și mai ales pentru punerea în axă a membrului respectiv, urmată apoi de reducerea la minimum de scurtare, cu ajutorul mesei ortopedice. Focarul de ostetă în aceste cazuri rămâne neatacat, până la definitivarea consolidării noului focar de fractură crelat.

Alte ori am fost nevoiți să recurgem la osteotomie directă în focar (preconizată de prof. Böminghaus) din cauza încălecrii mari a fragmentelor și a prezenței de calus pe suprafețe întinse ale fragmentelor de fractură. În aceste cazuri însă am recurs la extensia transscheletică cu broșa Kirchner, urmărind reducerea fragmentelor de fractură, în timp ce părțile moi, vasele și nervii, suferă traumatisme minime.

Focarul de fractură, debrădat de părțile moi, este drenat în părțile declive. Urmărind starea generală și modificările post-operatorii, am recurs uneori la o nouă cură sulfamidică și analgetică, în doze moderate.

Convins că menținerea extensiei un timp prea îndelungat împiedică procesul normal de cicatrizare osoasă, prin lipsa de presiune reciprocă a fragmentelor osoase, favorizând astfel apariția de pseudartroze sau calusuri fibroase, o suprimăm de îndată ce am obținut reducerea necesară, pe care o menținem apoi în aparat gipsat.

Când au trecut minimum 6 luni dela ultima supurație a focarului de ostetă, am procedat la osteotomie cu rezecția porțiunii ostetice, urmată de osteosinteza fragmentelor cu material metalic, sau osteosinteza temporală transfocală cu andreaua Kirchner după procedeul lui Rădulescu.

În toate cazurile la care am aplicat această metodă, n'am avut niciun accident compromițător.

N'am neglijat în niciun caz drenajul filiform făcut cu fire de setolină timp de 48 ore.

În acele cazuri în care osteosinteza s'a făcut în 2 timpuri, am respectat principiile Prof. Lange din München, preconizatorul grefării osoase în doi timpuri, în pseudartrozele de război, pentru a ne convinge de dispariția microbismului latent.

Ca prim timp am considerat reducerea fragmentelor prin extensie transscheletică timp de 20—25 zile (Böhler), iar ca al doilea timp, fixarea definitivă a rezultatului obținut, fie prin cerclaj cu sârmă în focar, fie prin fixarea focarelor de fractură cu ajutorul unei broșe trecută în cruce prin fragmente.

Am avut plăcerea să ne convingem că principiile lui Lange aplicate și în aceste cazuri sunt extrem de judicioase.

Respectând această conduită ce ne-am impus-o dela caz la caz, bazați pe experiența de aproape 2 ani și jumătate de chirurgie de război și pe experiența altor autori, am putut să refacem un mare număr din efectivul ce prezentau leziuni osoase compromițătoare, scăzându-le înfirmitatea într-o mare măsură.

Niciodată n'am avut neplăcerea să recurgem la amputații, și nici nu s'au ivit cazuri letale.

SPITALUL Z. I. 303, BUCUREȘTI
Director: Col. Dr. Gilorteanu

Probleme terapeutice

Contribuțiuni la studiul tratamentului stărilor depresive

de

Dr. Ioan Șerbu

Atâta timp cât etiopatogenia melancoliei și a stărilor depresive rămâne încă obscură nu putem vorbi de o medicațiune etiologică specifică acestor sindrome.

Numeroasele teorii ce caută să explice mecanismul de producere a acestor stări morbide, au dus la crearea mai multor metode terapeutice, în timp ce alte mijloace de tratament au luat naștere în mod empiric.

Dacă din nenumăratele publicațiuni precum și din unele tratate clasice reiese că melancolia ca și întregul grup de stări depresive se vindecă în mare majoritate; uneori putându-se înregistra chiar remisiuni spontane, nu este mai puțin adevărat că există și cazuri ce trec la cronicitate sau au un sfârșit letal.

Înainte de a insista asupra actualelor metode de tratament a stărilor depresive, vom enumera diferitele încercări făcute în decursul timpurilor, arătând pe cât va fi posibil odată cu procedeele întrebunțate și rezultatele obținute.

În afară de remisiunile spontane sau vindecările produse prin intervențiunea unor maladii intercurente, ca tifosul exantematic, malarie, febra tifoidă, etc., și lăsând la o parte grupul simptomatic, lată aici sunt primele măsuri de luat în fața unui melancolic, pentru a-i oferi toate șansele de vindecare.

Indiferent de forma sau gradul maladiei, care poate fi delirantă sau o depresie simplă, anxioasă sau cu stare de stupeoare, nu există indicațiune mai urgentă ca sustragerea bolnavului din mediul familial, îndepărtându-l astfel din climatul producător de boală și făcându-l inofensiv atât pentru sine, cât și pentru anturaj, — dată fiind tendința la suicid, suicid familial, suicid indirect sau automutilațiune.

Izolarea se face de preferință într'un sanatoriu, bolnavul fiind sub o strictă supraveghere.

Clinoterapia este de asemenea indicată, dată fiind epulzarea nervoasă și fizică ce caracterizează melancolia, — punând astfel organismul și creierul în repaus.

În cazurile de agitațiune, pentru calmare se recomandă băi calde de 32°—34°, având o durată de 1—3 ore. Băile reci, dușurile și împachetările umede obosesc bolnavul și deci nu sunt indicate.

Terapia medicamentoasă a fost îndreptată în diferite direcțiuni.

Din numeroasele încercări atenția noastră e reținută în primul rând de o veche și generală metodă de tratament și anume, medicațiunea opiacee.

Opiul, fiind un excelent hipnotic și analgezic, împreună cu derivații săi (pantoponul, domoponul, dilaudidul, etc.), formează prima medicațiune clasică considerată quasi specifică în melancolie și stările depresive.

Chatelain spunea: „*l'opium est et restera pendant longtemps le remède héroïque de la mélancolie*”. S'a vorbit chiar de un opium diagnostic, unii autori diferențiind melancolia adevărată de stările melancoliforme simptomatice, după cum reacționau la tratamentul cu opiu, cea dintâi fiind în mod evident influențată, în timp ce melancoliile simptomatice rămăneau refractare acestor terapii. Preparatele cele mai des întrebunțate sunt și astăzi: extractul thebatic și laudanum-ul Sydenham, sub formă de picături administrate per os în doze progresive.

Bromul, fiind considerat ca moderator al activității și excitabilității centrilor nervoși, a fost de asemenea întrebunțat în tratamentul stărilor depresive, cu rezultate uneori mulțumitoare.

Hartemberg, întrebunțând sulfatul de strichnină, înregistrează mai multe vindecări și ameliorațiuni.

Opoterapia, a constituit o încercare cu rezultate variabile.

Odată cu introducerea *piretoterapiei* în tratamentul bolilor mintale, aceasta a fost experimentată și în melancolie. Malaria, levura de bere, febra recurentă, nucleinatul de sodiu, Dmelcos-ul, electropirexia și diatermia, au fost pe rând și deseori întrebunțate, cu rezultate uneori mai bune, alteori trecătoare.

În timpul din urmă, atunci când *vitaminoterapia* prinde teren în clinică, găsim-se o carență a vitaminei C în stările depresive se încearcă o terapie substitutivă cu vitamina C și preparate de ficat, obținându-se uneori rezultate încurajatoare. Preparatele de ficat au fost mult întrebunțate și cu rezultate bune.

Curând după descoperirea ei, încă din 1922, *Wortis* întrebunțează insulina în stările depresive, în doze mici de 10—30 u. I., pentru stimularea poftel de mâncare.

Becker, în 1928 injectează până la 100 u. I. într'un caz de refuz de alimente. Apoi *Gründler*, *Paul Smidt*, *Statopolski*, etc. recomandă întrebunțarea insulinei pentru stimularea poftel de mâncare.

Când terapia psihiatrică e revoluționată de introducerea în clinică a metodei lui *Sakel*, prin șocuri ipoglicemice cu insulină, și ceva mai târziu a metodei convulsivante prin șocuri cu cardiazol, a lui *von Meduna*,

B.ADES.



INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS
 GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
 LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
 CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %
 FIOLE a 5 și 10 cc.
 Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

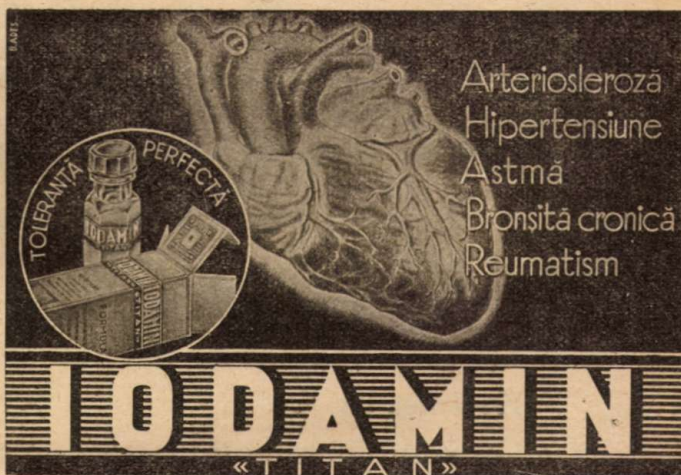
Frieșiune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS
(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

nu se scurge mult timp până când aceste metode prind teren și în terapia melancoliei și a stărilor depresive.

În scurtă vreme metoda lui von Meduna, prea brutală pentru melancolici, lasă locul metodei lui Sakel prin șocuri ipoglicemice cu insulină.

Rezultatele obținute au fost încurajatoare încă din primele începuturi.

În 1940, P. și C. Chatagnon și M. Douala-Bell, plecând de la considerația că în stările depresive ceea ce frapază în special sunt turburările trofice generale prin inhibiția diferitelor funcțiuni organice, fac o aspră critică a medicației opiacee și bromurate, arătând că nu se poate obține o calmare și o diminuare a hiperexcitabilității psihice decât prin doze foarte ridicate și ca urmare toxice, — cu o acțiune trofică dezastruoasă asupra sistemului nervos și asupra nutriției generale. Opiul nu ar vindeca insomnia dureroasă a melancolicului, însă agravează în același timp hiposecrețiunile glandulare și pareza intestinală, dând fenomene de toxicitate.

Acești autori încearcă cu succes un tratament fiziologic care ar avea de scop regenerarea funcțiilor glandulare, asimilarea și nutriția. Această metodă ar consta într-o polivitaminoterapie ($A + B_1 + C$, în soluție și doze saturante), completată prin adăugarea unui cation magnezian, hiposulfid de magneziu, hidrat, carbonat sau magnezia calcinată. La hipotensiivă mai adaugă cortina sintetică, iar la cei cu turburări endocrine extracelule sau hormonii respectivi. Combat anemia și stimulează funcțiunile celulare hepatice prin extracte de ficat, injecțiunile de ser glucozat, etc.

Această terapie medicamentoasă e completată cu un regim alimentar lactat asociat cu lecții, dulciuri și vegetale.

Hidroterapia constând în băi calde de o oră și psihoterapia întregesc această metodă de tratament fiziologic. Rezultatele comunicate de acești autori ar fi din cele mai fericite.

Porfidina, încă a fost întrebuințată de unii autori în tratamentul stărilor depresive. Prof. Urechia a înregistrat rezultate mulțumitoare și o recomandă ca fiind eficace în aceste stări.

Mal întâi Flügel și apoi Warstadt și Speckman au încercat în stările depresive un preparat din seria efedrinel pus în comerț de Casa Temmler-Werke, — *pervitinul*, care ar avea o acțiune analeptică centrală și de lungă durată. În clinica Prof. Urechia, Leonida Dragomir și D-na Retezeanu administrează zilnic 3—4 tablete adică 9—11 mgr. și recomandă *pervitinul* ca dând rezultate bune în unele stări depresive și parkinsonism.

Experimentat și de noi pe câteva cazuri, rezultatele obținute au fost slabe și trecătoare.

Încercări cu rezultate trecătoare s'au făcut și prin *insuflațiuni cerebrale de aer*.

Electroșocul de asemeni a fost experimentat și în melancolie. După unii rezultatele obținute ar fi bune, după alți autori metoda e prea brutală pentru melancolici și depresivi.

Azi se știe că între depresivitatea simplă și melancolia cu stupoare există mai multe sindroame depresive și că manifestarea acestor stări morbide se caracterizează printr-o încetinire a tuturor funcțiilor psihice, — o *bradipsichie*. Încetinirea gândirii traducându-se clinic printr-o lentoare a răspunsurilor cu rălărea vorbirii; încetinirea activității prin inerție motorie și acel sentiment penibil al opririi psihismului „*tristetea*”, care în unele forme ajunge până la cea „*durere morală*”.

Această bradipsichie e acompaniată de alterațiuni funcționale organice considerabile, ce duc la turburări ale nutriției generale. Diferitele funcțiuni ale organismului poartă caracterul comun de *încetineală*, *moleșală*, *inhibițiune*. Însăși activitatea celulară este inhibată, ducând la alterațiuni serioase ale nutriției generale și ca urmare la o stare de toxicitate organică.

Fenomenele fizice care trădează aceste alterațiuni sunt numeroase, au fost însă prea puțin luate în considerare până acum.

Astfel, din partea aparatului digestiv întâlnim aproape constant: limbă saburală, halenă fetidă, inapetență, flatulență, meteorism, constipație. Secreția glandelor salivare, gastrice, hepatice, pancreatice și intestinale mult diminuată, — inhibată. Aciditatea totală în suc gastric a fost găsită scăzută. Ficatul de multe ori insuficient.

Respirația e încetinită și superficială, întreruptă din când în când de câte un „oftat”. Hipotermie.

Dureri precordiale, angoasă, diminuarea tensiunii arteriale. Scăderea numărului globulelor roșii și a hemoglobinei cu mononucleoză și euzinofilie. Urina e hipertoxică cu mulți fosfați și oxalați. Glicozuria frecventă.

Tremurături ale extremităților și limbii. Diminuarea tonicității musculare și hipostezie.

Turburări vazomotorii: cianoze și edeme ale extremităților. Diminuarea secreției sudorale.

Aproape constant se întâlnesc turburări ce trădează un dezechilibru în funcțiunea glandelor cu secrețiune internă. Dismenoree, amenoree, frigiditate. Diminuarea potenței și apetitului sexual la bărbați.

Iată o serie întreagă de fenomene morbide care cer să fie remediate printr'un agent terapeutic. Se pare că terapia clasică opiacee și bromurată, considerată quasi specifică în melancolie nu ținea cont de aceste fenomene, motiv pentru care vedem că mai târziu a fost culpabilă de o critică severă. Vechile metode de

tratament prin opiu și brom, încercau să calmeze și modereze activitatea și excitabilitatea sistemului nervos neținând cont că diferitele turburări psihice întâlnite în stările depresive, pot fi uneori și rezultatul acestor alterațiuni funcționale organice, iar pe de altă parte nu aveau în vedere nici acțiunea inhibitoare uneori paralizantă a opiumului asupra diferitelor funcțiuni (glandulare) organice. Acțiune trofică uneori dezastruoasă pentru sistemul nervos. Iar rezultatele scontate se obțineau adeseori numai prin doze ridicate, — nocive pentru organism. Nu arareori s-au văzut fenomene de bromism, fenomene de obișnuință sau intoxicațiuni cu opiu.

Plecând de la aceste considerațiuni, am căutat un agent terapeutic care prin proprietățile sale să fie capabil să stimuleze diferite funcțiuni alterate ale organismului, stimulând astfel procesele de nutrițiune și având în același timp o acțiune sedativă, — calmantă asupra sistemului nervos.

Produsul de secrețiune internă a pancreasului, — extractul insulelor lui O. Langerhans, — *insulina lui Banting*, prin sumațiunea acțiunilor izolate a diferitelor sale funcțiuni e în măsură să ne dea cele mai bune rezultate.

Acest polipeptid care conține *leucină, cistină, tirozină, acid glutamic, histamină, arginină, lizină, fenilalanină, valină și prolină*, însumează următoarele proprietăți:

- Stimulează apetitul.
- Regulează complet scaunul, în special la bolnavii cu o constipație prin atonie sau spasm al colonului, în timp de 4—5 zile.
- Stimulează (secrețiunea) funcțiunea glandelor salivare, digestive și intestinale.
- Asociația insulină-glucoză e un bun tonic cardiac. Glucoza stimulează funcțiunea glicogenică a ficatului.
- Regulează somnul, vindecând insomnia dureroasă a melancolicului.
- Face să reapară ciclul menstrual la cele mai multe femei hipomenoreice, sau amenoreice de mai mulți ani. Funcțiune organică extrem de importantă.
- Acțiune eutrofică generală.
- Stimulează funcțiunile hipofizei, tiroidei și medularei suprarenale. E antidotul adrenalinei. Restabilește echilibrul pierdut în funcțiunile glandelor cu secrețiune internă.
- Bolnavul crește în greutate.
- Ameliorează fatigabilitatea și hipotonicitatea musculară.
- Produce o urcare a tensiunii arteriale în unele cazuri prin hiperadrenalinemia ce o declanșează.

de melancolie și depresivă cu rezultate admirabile. Obiectul lucrării noastre îl formează 52 de cazuri bine selecționate. Cazurilor ce aparțineau grupului melancoliilor simptomatice (sifilitice, alcoolice, pelagroase, etc.), insulinoterapia s'a putut asocia cu deplin succes terapiei etiologice specifice, insulina stimulând și aici diferitele funcțiuni alterate ale organismului, contribuind astfel într-o largă măsură la amendarea suferințelor bolnavului, ușurând și accelerând vindecarea sau ameliorarea acestuia.

În administrarea insulinei am ținut cont de diferitele forme ale melancoliei.

Astfel în *depresiunea simplă* sau melancolia cu conștiință, insulina a fost administrată în modul următor. Am ridicat progresiv doza de insulină, până am ajuns la starea de *sudațiune*, — *preșoc*, — atunci până când încă bolnavul n'a intrat în șoc și deci nu și-a pierdut cunoștința. În această stare de preșoc am intervenit cu mult succes prin psihoterapie, bolnavul prezentând în acest moment o receptivitate mărită, el primind tot ce i se oferă, — orice sugestione.

Același procedeu a fost întrebuintat și în formele cu *obsesiuni și fobii*.

În formele *anxioase*, am lăsat bolnavul să intre într'un șoc hipoglicemic adânc, deșteptându-l prin injectarea de glucoză pe cale intravenoasă numai în momentul când se părea că bolnavul prezintă un *somn lin, liniștit*. Revenirea lui în stare de veghe e însoțită de această înălște, — moment când se intervine psihoterapie. Deșteptarea anxiosului nu se va face niciodată într'un moment de excitațiune psiho-motorie.

În melancolia cu *stupoare* bolnavul este de asemenea lăsat să intre în șoc hipoglicemic, însă de astădată deșteptarea prin injectări de glucoză se face atunci când bolnavul e în trecere prin acea *stare (fază) de excitațiune psiho-motorie*, — imediat la intrarea în șoc. Ne-a fost dat să vedem stuporosi melancolici reacționând încă de la primele șocuri.

Numai *formelor delirante* s'au instituit șocuri prelungite de 2—3 ore. Deșteptarea s'a făcut și aici într'un moment când bolnavul se afla într'un *somn liniștit*.

Readucerea în stare de veghe a bolnavilor s'a făcut întotdeauna numai prin injectarea de glucoză pe cale intravenoasă, *sesizându-se momentul de liniște sau stare de excitațiune a individului, după indicațiunea și forma respectivă a boalei*.

Psihoterapia s'a aplicat cu mult succes atât la intrarea, cât și la ieșirea din șoc, când am spus că bolnavii prezintă acea receptivitate mărită și când primesc orice sugestione cu nespuse de multă ușurință.

În general o cură a constat din 15—25 șocuri. Niciun alt medicament n'a fost asociat acestor cure. Nu s'a simțit nevoia niciunui calmant sau hipnotic.

Cunoscând acestea, noi am instituit insulinoterapia după metoda lui Sakel ușor modificată, unul mare număr

Regimul urmat de bolnavi în tot timpul curei a fost *lacto-vegetarian-zaharat*.

Iată în tabelul de mai jos rezultatele obținute de noi pe 52 cazuri de melancolie supuse unei cure insulinoterapice:

Forma boalei	Nrul bolnavilor tratați	Vindecați	Ame- liorați	Ne- schimbați
Depresiune simplă	17	17	—	—
Melancolie anxioasă	11	8	3	—
Melancolie delirantă	15	10	5	—
Melancolie stuporoasă	9	7	2	—
Total	52	42	10	—

Am înregistrat deci un procent de 80,7% vindecări și 19,3% ameliorări. Rezultate ce nu pot fi comparate cu cele obținute prin alte metode terapeutice. Dintre bolnavii noștri, deși unii au părăsit spitalul de aproape 3—4 ani, unul singur s'a înolat până în prezent.

Deci printr-o *progresiune lentă și prudentă a șocurilor*, având în vedere diferitele forme de boală, s'a putut obține o *dispariție a delirurilor, obsesiunilor, anxietății și insomniei*. Acea durere morală a melancoliei a fost calmată fără să fie nevoile de administrarea de opiu. Concomitent apetitul a fost stimulat, scaunul regulat, funcțiunile diferitelor glande normalizate. Acolo unde a existat un dezechilibru în funcțiunea glandelor endocrine, acesta a fost restabilit. La multe femei amenoreele ciclului menstrual a fost reluat.

În concluziune, ținând cont de diferitele alterațiuni funcționale organice, întâlnite în stările depresive, precum și de nota caracteristică de încetineală și inhibițiune ce o poartă aceste funcțiuni, *putem admite că cel puțin în parte, diferitele turburări psihice întâlnite în melancolie și stările depresive, ar putea fi uneori și rezultatul acestor alterațiuni funcționale organice, sau cel puțin întreținute de aceste stări de toxicitate organică*. Și deci, întrebându-ne un agent terapeutic cu o acțiune inhibitoare asupra acestor funcțiuni deja alterate, nu facem decât să accentuăm starea de încetineală și inhibițiune funcțională, alimentând astfel starea de toxicitate a organismului și deci agravând și starea lui mintală.

Insulina, acest polipeptid cu formulă complexă, prin sumațiunea acțiunilor izolate a numeroaselor sale funcțiuni, e capabilă să stimuleze aceste funcțiuni alterate ale organismului, redându-le echilibrul necesar unei bune funcționări, exercitând în același timp o acțiune sedativă asupra substanței cerebrale.

Când ne stă la îndemână un agent terapeutic cu o acțiune atât de complexă și completă ca a insulinei, nu ne rămâne decât să-l utilizăm la maximum, având posibilitatea să obținem rezultate pe care n'am îndrăznit să le scontăm.

Recomandăm insulinoterapia în melancolie și stările depresive, ca dând cele mai bune rezultate, ea putându-se aplica cu mult succes și la cașectici ca și la vârste cât de înaintate.

Redăm mai jos unul din cazurile tratate de noi și care ni s'a părut că merită o atențiune deosebită

Aneta Chr, casnică, văduvă, de 75 ani, din com. Car., jud. Rîi, e internată în Spitalul de boli mintale și nervoase, Cernăuți la 26 VI. 1943, pentru fenomene depresive, anxietate și idei de autoacuzatiune.

A. h. c. O soră a bolnavei ar fi suferit de o boală asemănătoare și s'a sinucis prin strangulare. Un frate a suferit de asemenea de o boală nervoasă.

A. p. Născută la termen, se dezvoltă normal. Urmează 4 clase secundare. Menstruată regulat până la 47 ani, când trece la menopauză. Căsătorită la 21 ani, are 2 copii sănătoși. Soțul sucombă în urma unei maladii intercurrente. Uzează moderat de alcool. În decursul vieții bolnava a mai avut accidente nervoase însă fără a necesita o internare în spital. Neagă orice alte boli cu caracter organic sau funcțional.

Istoric. Boala actuală datează de 3 luni și a debutat insidios cu fenomene de depresiune, neliniște și anxietate. Concomitent prezintă cefalee, constipație și inapetență. Se plânge de insomnii și idei obsesionale. În această stare consultă un specialist care-i recomandă o medicațiune opiacee și bromurată. Rezultatul e că starea bolnavei se agravează, fapt ce determină familia să o interneze într'un sanatoriu, iar mai târziu într'o clinică de specialitate. Tratamentul urmat în tot acest timp a fost pe rând cu opiacee, porfidină, vitamine, tonice, preparate de ficat și brom. Rezultatul a fost dezastruos, starea bolnavei agravându-se mult, iar la 3 luni dela începutul bolii când bolnava e internată în spitalul nostru, a prezentat pe lângă o anxietate extremă, tristețe, — adevărată durere morală, — idei obsesionale, fobii, idei de autoacuzatiune și obișnuință la opiu cu fenomene de abstenență.

Starea prezentă. De constituție picnică, cu țesutul celular subcutanat și muscular slab reprezentat, la examenul organelor toraco-abdominale se pune în evidență o notă comună caracteristică, de încetineală și inhibițiune a diferitelor funcțiuni organice. Respirație superficială și hipotermie. Hipotensiune 11—7 la V. L. Limbă saburală, halenă fetidă, inapetență, constipație.

Din partea sistemului nervos se pun în evidență tremurături cu caracter senil ale extremităților și limbei, vorbire ușor dizartrică, hipoestezii și amorțeli ale extremităților. Turburări trofice și vasomotorii: tegumente reci, uneori edemate și cianotice. Reacțiunile pentru lues în sânge și lichidul cefalo-rachidian sunt negative.

Examen psihic. La internarea în spital bolnava este neliniștită, depresivă și anxioasă, preocupată exclusiv de starea sa. Având îmbrăcăminte neingrijită și părul în desordine, se prezintă tremurând și cu un facies anxios dureros. La interogatoriu, răspunde dizartric cu o voce șoptită și ezitând ne dă relațiuni asupra persoanei și familiei sale. Este bine orientată în timp și spațiu și cu memoria lacunară. Evocă lent. Atenția este diminuată însă concentrată, — egocentrică. Asociația înceată. Percepția diminuată. Judecata și raționamentul sunt mult alterate. Bolnava prezintă idei de autoacuzatiune, astfel se crede vinovată de a fi pus o iconiță sfântă pe un pat între rufe murdare, motiv pentru

care Dumnezeu nu o iartă și ea trebuie să moară. Are momente când se agită și bate din palme strigând: „Doamne ce să mă fac? De ce am făcut păcatul acela, va trebui să mor și ce se va întâmpla cu copiii mei? Fetița mea se va prăpădi la gândul că mă va pierde”.

Bolnava este mereu tristă și anxioasă, își smulge părul de pe cap de durere, își frânge mâinile în această stare de angoasă. Se gândește mereu la fetița sa care rămâne singură, deși în realitate aceasta are o situație socială și materială superioară. Voința bolnavei este abolită. Uneori se pun în evidență elemente parazitare, — obsesiuni, fobii sau impulsii.

În concluzie, bolnava prezintă o incetinire a tuturor funcțiilor psihice, cu depresie, anxietate, obsesiuni, fobii și idei de autoacuzare și cu turburări organice funcționale caracterizate printr-o inhibiție a acestora.

Se impune diagnosticul de: *Melancolie anxioasă*.

Odată diagnosticul fixat, bolnava este supusă unei cure insulino-terapice. Se începe cu 20 u. i. de insulină și se ridică doza progresiv cu 10 unități zilnic, până se ajunge la 55 u. i. când bolnava reacționează printr'un șoc hipoglicemic. Se fac asemenea 32 șocuri. Bolnava e readusă în stare de veghe prin injectarea de glucoză pe cale intravenoasă în momentul când după intrarea în șock prezintă acea stare de liniște. După primele patru injecții apetitul bolnavei e stimulat și ea care până atunci refuza cu încăpăținare mâncarea, începe să guste câte ceva. La al 10-lea șoc, bolnava se alimentează bine, scaunul s'a regulat și somnul revine câte puțin, ea ajungând să doarmă câte 5—6 ore de somn liniștit. Perzistă însă ideile sale obsesionale, anxietatea și depre-

siunea. La al 20-lea șoc starea bolnavei e simțitor ameliorată, ea doarme bine, se alimentează suficient, este mai puțin anxioasă și delirantă, își exprimă dorința de a se plimba și intră în relațiune cu celelalte bolnave, interesându-se de mediu și starea lor. Fiind vizitată de fiul său se bucură mult și își exprimă dorința și nerăbdarea de a pleca acasă imediat ce va termina tratamentul. După al 32-lea șoc bolnava este complet restabilită și părăsește spitalul în stare vindecată la 14 Aug. 1943.

(LUCRARE FĂCUTĂ ÎN SPITALUL DE BOLI MINTALE ȘI NERVOASE, CERNĂUȚI)

Medic Primar Director: Dr. Gh. G. Constantinescu.

RESUMÉ

Contributions à l'étude du traitement des états dépressifs

Instituant l'insulinothérapie d'après la méthode de Sakel légèrement modifiée à 52 mélancoliques l'auteur obtient 80,7% guérisons et 19,3% améliorations.

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Therapie der Depressivzustände

Durch Anwendung einer leicht veränderten Sakelschen Insulintherapie erzielte Verfasser bei 52 Melankolikern 80,7% Heilungen und 19,3% Besserungen.

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE CLUJ-SIBIU

Sedința din 4 Mai 1944.

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte.

Dr. O. Fodor, Dr. L. Reisenhoffer: **Un caz de hemangio-endoteliom.**

O bolnavă de 51 ani. Prezintă dela naștere un hemangiom plan care se întinde pe regiunea fesieră și membrul inferior drept înainte cu un an și jumătate a suferit de o nefropatie.

Este bolnavă de 3 ani, când a început să prezinte dureri în soldul drept, cari iradiază de-a-lungul membrului inferior respectiv până la călcâiu. Tot de atunci observă că i-a apărut o umflătură în regiunea fosei iliace drepte, care la început a fost dureroasă, fenomenele subiective cedând treptat în decurs de câteva luni. I-au apărut de asemenea niște tumorete de mărimi variabile (alună-nucă), pe fața externă și posterioară a coapsei, moi, cari uneori creșteau în dimensiuni, devenind foarte dureroase. Erau de culoare ușor albastruie, care transpăreau prin piele.

Acum un an și jumătate i-au apărut primele elemente tegumentare, — cari acum se văd în număr destul de mare pe față, antebrate și picioare. Aceste elemente sunt constituite din niște papule și vezicule roșii violacee, de mărimi variabile, cari sângerează destul de ușor la atingere. La punctia unei astfel de vezicule am obținut sânge, iar la examenul microscopic nu am constatat elemente patologice. Tot dela începutul bolii are foarte adeseori epistaxisuri și sângerează foarte ușor gingiile, la cel mai mic traumatism. Din acest motiv nu se poate alimenta cu alimente mai solide. La nivelul gingiilor se observă formațiuni papuloase sângereunde, asemănătoare cu cele de pe tegumente.

Din partea organelor toracice, cu metodele clinice de examinare: relațiuni normale. Ficatul și splina nu sunt mărite. În fosa iliacă dreaptă se palpează o tumoră de mărimea unui cap de făt, regulată, care nu se poate delimita de osul iliac. După câteva sedințe de radioterapie această tumoră a diminuat în volum. La radiografia pulmonară constatăm niște umbre nodulare dense, de mărimi variabile, cari credem a fi datorite unor formațiuni similare cu cele de pe tegumente. Localizarea acestor formațiuni este la baza plămânilor. Radiografia oaselor bazinului arată o modificare în structura osului iliac drept, cu care vine în contact tumora din fosa iliacă. La examenul sângelui nu constatăm nimic patologic, afară de o anemie normocromă (2.000.000 hematii), timpul de sângereare și coagulare normale. Trombociti în număr normal. Rumpel-Leede negativ. În urină găsim o hematurie microscopică fără alte elemente patologice. Melanină și melanogen negative.

La o examinare mai sumară a acestei bolnave ar fi putut intra în diagnosticul diferențial un sindrom hemoragipar. O astfel de afecțiune a fost însă ușor exclusă prin examenul clinic și hematologic. Am bănuiră o afecțiune vasculară, fără a o putea delimita cu precizie. Anumite elemente dintre aceste leziuni tegumentare, și anume tumoretele elastice subtegumentare, care transpar cu o culoare albastruie prin tegumente, destul de mobile, ne-au făcut să le bănuim de a fi de natură sarcomatoasă. Examenul isto-patologic a confirmat diagnosticul clinic, rezultatul examinării unui astfel de nodul făcut de Institutul de Anatomie Patologică, este de *hemangioendoteliom*.

Prezentăm acest caz pentru raritatea lui și mai cu seamă pentru demonstrarea acestor formațiuni atât de caracteristice a metastazelor sarcomatoase din piele.

Evoluția acestei tumori maligne nu este rapidă, mai ales că tumorile nu s-au dezvoltat încă în organe cu o importanță vitală mare, sau cel puțin nu prezintă încă fenomene evidente de suferință a acestor organe. Elementul mai supărător sunt hemoragiile gingivale, nazale și hematuria, cari au contribuit la instalarea unei anemii pronunțate.

Ca încadrare anatomo-patologică, hemangioendoteliomul este considerat ca făcând parte dintre sarcomele vasculare. Că aceste leziuni multiple, cari se observă la această bolnavă, sunt metastaze sarcomatoase dela o localizare primitivă sau nu, nu putem afirma. Este caracterul unor hemangioendoteliome de a debuta sub formă de tumori primitive multiple, — multiplicitate primară, — ca o adevărată boală de sistem.

Dr. Duma D.: Paralizia nervului radial drept în urma unei injecțiuni subcutane administrată greșit.

Autorul expune cazul unui bolnav, de 47 ani, de meserie turnător de fier, căruia i s'a aplicat în scop preventiv pentru pneumonie o injecție subcutană la brațul drept, cu o substanță nedeterminabilă, în urma căreia i-a apărut imediat o paralizie a nervului radial. Insistă asupra importanței unei bune tehnice în administrarea injecțiilor, pentru evitarea unor asemenea regretabile complicațiuni cari reclamă un tratament îndelungat de cel puțin 6—8 luni.

Dr. Georgia Lucian, Dr. Căprariu: Trei cazuri de corelație a focarelor amigdalene cu afecțiunile gastro-intestinale.

I. — N. B., de 8 ani, suferind de gastroenterită, de câțiva ani, vindecat după adenoidectomie și amigdalectomie.

II. — D-na T., de 32 ani, operată de apendicită, fără să dispară durerile și grețurile, dar vindecată radical după amigdalectomie.

III. — M. I., de 40 ani, cu ulcer duodenal de 13 ani, vindecat după amigdalectomie.

Frecvența infecțiilor gastro-intestinale în cele mai multe cazuri este datorită degluției mucozităților purulente nazofaringiene, cari apoi acționează în două feluri: clinic, deranjând secreția sucului gastric și proporția sa în acid clorhidric, iar bacteriologic, microorganismele din nazofaringe ajunse la nivelul diferitelor segmente a tractusului digestiv, determină iritațiile mucoaselor. Ch. Richet, fiul, susține că ar fi o toxiinfecțiune pe cale sangvină. La copii simptomul dominant, în aceste cazuri, este haina dezagreată dimineața, limba albă, fără să fie savorală, anorexie, lipsa de apetit, atonie, răgâieli, balonări, scaune rău formate, neomogene,acompaniate de mucozități sau membrane, cu miros fetid, cu atât mai rău cu cât regimul este încărcat cu lapte și albuminoide. Aceste dispepsii ale copiilor întârzie dezvoltarea fizică. La adulți tulburări gastrice cu o alură de dispepsie hiperclorhidrică, până la simularea unui ulcer gastric sau duodenal. În toate aceste cazuri infecțiunile, cu cea mai mare probabilitate, au provenit din partea superioară a tubului digestiv, focarele dentare, sinusale, tonzilare, cari trebuiesc căutate și tratate cu minuțiozitate înainte de a pune în alcație o terapie anticolică. Surmont și Buttiaux au găsit aceiași microbi în laringe și rect. Este logic ca să se găsească și în zona intermediară. S'a dovedit că streptococul are adesea un rol preponderent în unele colite grave.

Raportul între amigdalite și apendicite este câteodată atât de frapant, evoluția lor paralelă sau succesivă este câteodată atât de netă, încât la nici un caz nu se poate atribui hazardului. După unii, microbii originari din amigdale ajunși în intestini provoacă infecția apendicelui zis predispus. Alții susțin că apendicita este o manifestare metastatică a unei infecții amigdalene. Alții susțin că nu este o relație de cauză și efect între amigdală și apendicită, ci ele sunt lovite de aceeași infecție. S'au văzut cazuri de apendicită urmând unei ablații amigdalene. Aceste rezultate contradictorii nu fac altceva decât confirmă relațiunile reciproce a focarelor apendiculo-amigdalene.

Puseurile infecțioase ale ulcerelor gastro și duodenale explică atât evoluția sub formă de crize, mai mult sau mai puțin periodice, cât și intensitatea durerilor și agravarea leziunilor. Se poate găsi aproape întotdeauna în grosimea peretelui gastric la ulcere în evoluție, în special streptococul.

Din moment ce se admite că germenii patogeni sunt porțiți dintr'un focar la distanță, pe cale sangvină sau naturală, este indicat a suprima sursa acestui aport microbian, care reinfectă ulcerul în mod continuu și deci tratarea dinților cariați, a sinusului și a faringelui infectat.

Conf. Cimoca, Dr. Stoian, Dr. Neamțu: Contribuțiuni la studiul clinic și terapeutic al epiteliomelor plane, grefate pe un fond cicatricial.

Conf. Dr. Borza St. Zeno: Interpretarea unor tulburări survenite după ligatura arterei umurale.

Se relatează sumar observațiunea alor două cazuri de plăgi ale arterei umurale situate în $\frac{1}{3}$ sup. a brațului, cari au necesitat ligatura arterei umurale la origină. După ligatură pulsul radial a dispărut complet, dar a revenit parțial la un interval ce a variat între 2—3 luni dela intervenție. În acest interval bolnavii au prezentat însă o atrofie foarte pronunțată a mușchilor antebrațului și a mâinii, cu tulburări sensitive în zona radialului și medianului, precum și tulburări funcționale grave.

Aceste tulburări, survenite după ligatura arterei umurale la origine, au fost bine studiate de *Babinski* și *Heitz* în 1918. *Lé-riche* și *Policard* au elucidat mai târziu mecanismul producerii lor. Autorii au constatat — contrar opiniei clasice — că artera legată nu se trombozează până la nivelul primei colaterale. În schimb ea se contractă și se acomodează noii sale funcțiuni mult mai reduse. Restabilirea circulațiunii se face destul de dificil după ligatura arterei în porțiunea sa inițială, deasupra umuralei profunde. Astfel coloana sangvină va trece prin ramura anastomotică dintre circumflexe și umerala profundă, precum și prin ramura deltoidiană și alte ramuri musculare mai mici. Ea va urma cursul său prin artera umerală profundă și punctul cel mai apropiat unde revine la nivelul trunchiului arterial sub nivelul ligaturii, corespunde originii arterei colaterale interne inferioare (grație anastomezei bogate ce există între cercul arterial peri-epicondilian și cercul peri-epi-trochlean).

Dar coloana de sânge ajunsă aici, întâlnește trunchiul periferic al arterei umurale și un fund de sac, situat între locul de ligatură și origina colateralei interne inferioare. La această răscruce debitul sangvin destul de mic, datorită dificultăților ce le întâmpină la forțarea colateralelor, se împarte în două. Astfel o coloană se orientează înspre periferie, iar altă coloană se epuizează în mod inutil înspre fundul de sac amintit. Această împrejurare contribuie în mod evident la producerea tulburărilor circulatorii periferice, cari provoacă aparițiunea miozitelor sclerozante ischemice semnalate.

Concluziunile practice ale acestor constatări sunt că: ori de câte ori executăm ligatura arterei umurale deasupra originii umuralei profunde, este consult să se aplice și o a doua ligatură, deasupra originii colateralei interne inferioare. Prin aceasta se suprimă fundul de sac și se favorizează creșterea debitului sangvin înspre periferie.

Deasemenea aceste constatări impun că atunci când odată cu lezarea arterei există indicii de leziune concomitentă și a ramurilor colaterale, să se tenteze în toate cazurile sutura arterei umurale, aceasta rămânând singurul remediu prin care se poate preveni aparițiunea gangrenei membrului superior.

Dr. I. Macavei, Dr. S. Perian: Un caz de scorbut.

Bolnavul R. I., în vârstă de 53 ani, divorțat, plutonier pensionar, domiciliat în Sibiu, se internează la Clinica Medicală I, la 26 IV. 1944.

În antecedentele heredo-colaterale nimic deosebit.

In antecedentele personale: Tifos exantematic, dureri lombare în gambe și articulațiile genunchilor de 10 ani, numai la schimbările de vreme; fumător și alcoolic moderat.

Istoricul boalei actuale: Boala pentru care vine în Clinică a debutat insidios prin luna Decembrie 1943. Menționăm că bolnavul trăiește singur, fiind divorțat. Mănâncă odată pe zi mâncare fiartă, la cantine obștești, iar restul meselor și le prepară singur în chip foarte modest, ceaiuri, conserve, etc.

Din luna Decembrie 1943, — spune bolnavul — a început să se simtă din ce în ce mai obosit, fără forțe fizice, indispus, fără chef de lucru și să aibe dureri mai mari în gambe și genunchi. Apoi la aceste fenomene, cari au devenit ceva mai intense, se adaugă și o dispnee și palpitații cardiace după efort. Aceste fenomene, dar mai ales durerile în gambe și articulații, se accentuează foarte mult, — cu vreo lună înainte de intrarea în Clinică. Bolnavul în plus mai acuză dureri de cap vagi, amețeli și vâjăli în urechi.

După o săptămână observă că gingiile i se tumefiază, devin dureroase, sângerează foarte ușor și are senzația de gură uscată. Cu două săptămâni înainte de internarea în Clinică toate fenomenele de mai sus devin foarte accentuate, dar mai ales durerile din gambe și articulațiile genunchilor devin așa de mari, încât bolnavul nu mai poate merge și este nevoit să păstreze repaus la pat. Atunci bolnavul observă că i se tumefiază gamba și articulațiile genunchilor, iar pe tegumentele membrului inferior — la început în regiunea genunchilor — apar mici pete roșii violacee, perifoliculare, cari se înmulțesc, cresc și confluează, încât membrele inferioare întregi par îmbrăcate într'un ciorap lung negru.

Asemenea pete variind însă dela mărimea unei gălăii de ac până la cea a unei monezi de 20 lei, apar și pe tegumentele toraco-abdominale. Pentru aceste fenomene alarmante bolnavul vine în Clinică. A slăbit mult în forță fizică și greutate (10—15 kg aproximativ). Pofta de mâncare păstrată. Scaun regulat.

Examen obiectiv: Individ de statură mijlocie, normal conformație. Tegumentele și mucoasele foarte palide. Scleroticile ușor colorate în galben (subicter). Tegumentele gambelor și coapselor atât pe fața anterioară, cât și pe cea posterioară prezintă hemoragii subcutanate întinse, confluențe, încât bolnavul pare încălțat cu ciorapi lungi negri. Peteșii variind dela mărimea unui ac cu gălălie până la o piesă de 20 lei se găsesc și pe tegumentele toraco-abdominale și membrele superioare. Fața este respectată. La nivelul gambelor edeme, masele musculare ale gambelor infiltrate la palpare și extrem de sensibile. Articulațiile genunchilor tumefiate și foarte dureroase la mișcările active și pasive. Mersul greoiu. Ganglionii nu se palpează.

Sistem nervos: Nimic deosebit.

Pulmon, cord: Nimic deosebit.

Aparat digestiv: În cavitatea bucală se constată că gingiile sunt de culoare roșie violacee și sângerează la atingere, papilele interdente hipertrofiate, sensibile. Dinții mobili. Pe palatur dur de asemenea se constată pete hemoragice de culoare violacee. Modificările gingiilor lipsesc în regiunile unde dinții lipsesc.

Abdomen: Nimic deosebit. *Ficatul* depășește rebordul costal cu 2½ laturi de deget, ușor indurat, insensibil.

Splina: Polul superior în spațiul VIII intercostal, polul inferior nu se palpează.

Din acest tablou clinic putem face un prim diagnostic de diateză hemoragică. Dar pentru încadrarea nosologică și elucidarea unei diateze hemoragice pe lângă o anamneză precisă — referitor la factorii exogeni (alimentația, toxici) și anumite momente constituționale — sunt hotărâtoare examinările de laborator și în primul rând cele ale sângelui. Examinările făcute arată următoarele:

În urină: urobilinogen și pigmenți biliari.

Tens. art.: 11—6 (V—L). Oscilațiile la gambe prezente și de amplitudine normală,

Acidități gastrice normale. Bariu pasaj și sonajul duodenal nimic deosebit.

Electrocardiograma nu arată nicio modificare patologică.

Radiografia oaselor gambelor și a articulațiilor genunchilor arată numai un proces de osteoporoză.

La examenul fundului de ochi se constată o retinită exudativă bilaterală cu fine striațiuni hemoragice.

R. Wassermann negativă. Azotemia 52.36 mgr % Viteza de sedimentare: după 60 minute 35 mm.; după 2 ore 70 mm. Tabloul sangvin periferic și punctia sternală ne dau relațiuni normale. Rezistența globulară ușor diminuată (0,56—0,38). Leucocite 4.600. Hematiile 1.250.000. Hemoglobina 32% Valoarea globulară 1,3. Timpul de sângerare 3 minute. Timpul de coagulare 8 minute. Trombocite 52.000. Rumpel-Leede pozitiv. Dozarea vitaminei C în urină făcută la institutul de igienă arată o carență profundă.

Acest tablou clinic caracterizat prin: gingivită, hemoragii subcutanate și musculare (mușchii gambelor), simptome osteo-articulare, ca și toate examinările de laborator negative, cu excepția unei anemii profunde hiperchrome și a unei trombocitopenii de 52.000, ne permitea interpretarea acestui caz ca un scorbut grav. Chiar și această trombocitopenie nu ne mai obligă a discuta diagnosticul diferențial, întru cât este cunoscut că formele grave de scorbut, cu anemie profundă, merg cu trombocitopenie, cunoscut fiind cazul lui Bierich — citat de Naegelli — cu trombocitopenie de 19.000. Asemenea cazuri pot prezenta chiar și modificări importante a măduvei osoase.

Am ținut să prezentăm acest caz pentru:

1. raritatea lui;
2. tabloul clinic așa de complet a unei forme grave de scorbut cu trombocitopenie;
3. pentru faptul că acum, după mai mulți ani de războiu, va trebui să ne gândim și la această posibilitate, mai ales în formele ușoare de prescorbut, cu un tablou clinic vag și necaracteristic;
4. Pentru efectul terapeutic rapid obținut prin administrarea de vitamină C forte în doze mari la numai 5—6 zile după internarea în Clinică.

Dr. Hărăguș Șt. și Dr. Perian S.: Un caz de hemoglobinurie paroxistică.

T. N., în vârstă de 34 ani, cofetar.

In antecedentele eredo-colaterale nimic de semnalat. (Părinții trăiesc, sănătoși; doi copii de-ai bolnavului de asemenea sănătoși; soția nu a avut avorturi spontane sau provocate).

In antecedentele personale: Șancru veneric în 1928, la vârsta de 18 ani, despre care bolnavul afirmă că a fost dur. Fără să i se facă analiza bacteriologică a leziunii sau analiza serologică i se administrează 12 injecții de neosalvarsan. De atunci nu a mai făcut nici un tratament antiluetic.

Istoricul boalei actuale. S'a simțit perfect sănătos până acum 11½ ani, când, în timpul campaniei din iarna 1943 în Rusia, a observat că de câte ori era expus la frig avea dureri violente în ambele loji renale, era cuprins de un frison urmat de o senzație de căldură și transpirațiuni, ascensiuni termice (38°—39° C), amețală, împăienjenire a vederii și vâjăli în urechi. Concomitent cu aceste acuze, emitea o urină puțin abundentă, de culoare roșie închisă, ca vinul de Bordeaux. În săptămânile următoare a observat că toate aceste fenomene se prezentau de câte ori își introducea mâinile timp de câteva minute într'un lighean cu apă rece.

La examenul obiectiv se constată:

Hepatomeglie discretă.

Aortită care se tradează printr'o accentuare a sgomotului II la focarul aortei pe lângă o tensiune arterială de 10—7½ (V L.) și prin examen radioscopic (aorta mai opacă, descendentă vizibilă, diametrul în O. A. D. 3,1 cm.). Prezența acestei aortite la vârsta de 34 ani, în lipsa antecedentelor infecto-contagioase sau reuma-

tismale, indică aproape cu certitudine natura luetică a șancrului din 1928, asupra etiologiei căruia ne-am putea îndoi, în lipsa examinărilor de laborator făcute la timp.

Reacția Bordet—Wassermann este pozitivă în cazul de față însă ea este pozitivă în 90—95% din hemoglobinurile paroxistice a frigore, chiar atunci când bolnavul, în mod manifest, nu este purtătorul unui sifilis congenital sau câștigat.

Desechilibrul nervos organo-vegetativ pus în evidență printr'un dermografism accentuat și printr'o amfotonie decelabilă prin probele lui Danielopolu repetate.

Leucocite 6.800/mm^c.

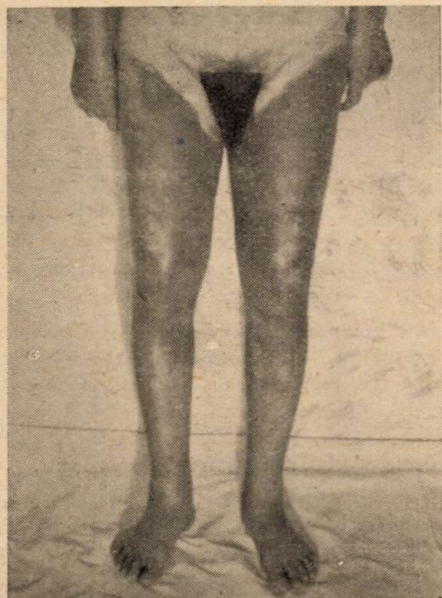
Formula leucocitară normală.

Deși diagnosticul de hemoglobinurie paroxistică a frigore era aproape sigur, pentru a studia mai bine bolnavul și pentru a avea certitudinea diagnosticului, i-am provocat o criză după metoda lui Rosenbach.

La 20 minute după introducerea picioarelor într'un lighean cu apă rece, bolnavul acuză o durere în ambele loji renale, având în același timp impresia unei pulsații în aceste regiuni. După 60 minute dela acest început al crizei, emite o urină de culoare roșie-închisă, conținând multă albumină; în sediment nu se pune în evidență nicio hematie, însă prin metoda streptoscopică se evidențiază methemoglobina. Durerea din lojile renale persistă, însă caracterul ei pulsatil dispare odată cu prima emisiune de urină hemoglobinurică. În serul recoltat în acest moment dela bolnav, ser de culoare roșie, se pune în evidență de asemenea methemoglobină. Concomitent cu aceste dureri, se prezintă întreg cortegiul de simptome asupra căruia am insistat la istoricul boalei.

Merită să fie semnalate modificările sângvine observate în cursul crizei provocate.

Leucocitele, al căror număr s'a determinat dela începutul crizei din 20 în 20 minute, au crescut progresiv, fără să treacă prin



faza de leucopenie inițială admisă de majoritatea autorilor, pentru a ajunge la cifra de 24.000/mm^c la 4 ore după începutul crizei. Încât privește leucograma, ea a suferit modificările bine cunoscute, care fac din ea un mijloc de diagnostic în cazurile fruste de hemoglobinurie paroxistică a frigore: la început o ușoară limfocitoză (53%), apoi neutrofilie, care în cazul nostru s'a ridicat până la 91%, însoțită de o limfopenie, care în cazul nostru a scăzut până la 4%. Merită a fi semnalată apariția a 2% promielociți atunci când leucocitoza depășește cifra de 20.000/mm^c. Apariția formelor

tinere din seria albă în sângele periferic, nu a fost semnalată în literatura care ne stă la dispoziție decât în cazurile studiate de Weinberg Leucocitoza revine la normal după 24 ore.

În timpul crizei, urea în sânge și viteza de sedimentare a hematiilor rămân la cifrele normale dintre crize.

Reacția lui Donath—Landsteiner, adică punerea în evidență a unei autohemolizine acționând a frigore, în sângele acestor bolnavi, a fost pozitivă în cazul nostru, atât cu hematiile bolnavului, cât și cu hematiile dela un individ sănătos.

Prezentăm acest bolnav din cauza: 1. rarității relative a hemoglobinuriei paroxistice a frigore; 2. pentru faptul că acest bolnav contribuie — în măsura în care se pot trage unele concluzii dintr'un singur caz, — la demonstrarea rolului important pe care îl joacă sifilisul în etio-patogenia acestui sindrom; și 3. pentru importante modificări sangvine notate în cursul crizei provocate, mai ales apariția formelor tinere din seria albă.

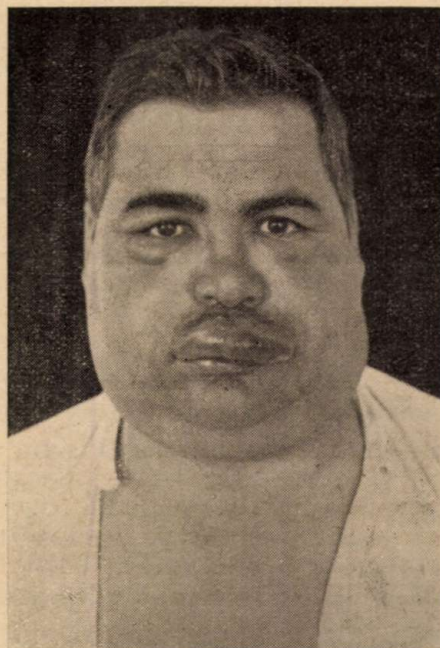
Dr. Hărăguș Șt. și Dr. Perian S.: Un caz de sindrom Mikulicz incomplet.

S. P., 43 ani, funcționar.

In antecedentele eredo-colaterale, nimic de semnalat.

In antecedentele personale: Malarie în copilărie.

Istoricul boalei actuale. Boala pentru care se internează în clinică a început acum 3 luni, în mod insidios, prin apariția unei tumorete nedureroase, de mărimea unei alune, în regiunea retro-maxilară dr. În zilele următoare apare o formațiune identică în regiune retro-maxilară stângă, apoi apar asemenea mici tumorete în ambele regiuni submaxilare și în regiunea submentonieră. În săptămânile următoare aceste tumefieri confluează, ajungând în ambele regiuni submaxilare la mărimea a doi pumni de adult. Cu câteva săptămâni înainte de internare se tumefiază pleoapele, dar



mai ales baza superioară, care ia dimensiuni foarte mari, dând bolnavului un aspect impresionant.

Nu a acuzat niciodată dureri propriu zise, ci numai o senzație de tensiune, de jenă, în părțile moi ale feței și ale gâtului. În ultimul timp era somnolent.

Examen obiectiv Bolnavul este în permanență somnolent.

În ambele regiuni submaxilare se observă două formațiuni tumorale, de mărimea a doi pumni de adult, nedureroase, cu suprafața regulată, mobile, dure, neaderente de tegumente. Sub-

mentonier, o tumefiere cu aceleași caractere, însă de dimensiuni mai mici.

Ambele parotide mărite de volum, cu suprafața regulată, nedureroase.

Glandele lacrimale și sublinguale libere.

Pleoapele, mai ales cele superioare, edemate.

Buza superioară de dimensiuni mari, infiltrată.

Ganglionii cervicali măriți de volum, dela dimensiunea unui bob de fasole până la aceea a unei prune, de consistență mai dură, nedureroși, mobili, neaderenți de tegumente.

Splina mărită la percuție.

Examenul radioscopic al tubului digestiv negativ. Radiografia oaselor craniului nu arată nimic deosebit.

Reacția B.-Wassermann negativă.

În fața acestui tablou clinic — tumefierea cronică, simetrică — a glandelor salivare, se formulează cu ușurință dgn. de sindrom Mikulicz incomplet. (Pentru a fi complet, ar trebui să fie interesate și glandele lacrimale și sublinguale.)

Dgn etiologic al acestui sindrom, care poate fi extrem de variat și care întâmpină uneori dificultăți, a fost însă ceva mai greu.

Făcând examinările sangvine, am obținut următoarele rezultate: hematii: 5 500.000/mm³; leucocite: 8400/mm³; leucogramă normală; spleno-contrația cu adrenalină (după 30' dela administrarea adrenalinei): 13.000 leucocite/mm³, limfocitoză de 42%, metamielociti 2%.

Datele clinice coroborate cu examinările sangvine, pledau fie pentru un proces tumoral (mai probabil un limfiosarcom), fie pentru o leucemie aleucemică, forma circumscrisă ganglionară. Mielograma (puncția sternală), care nu arată decât o ușoară reacție din partea seriei roșii, pare să infirmă acest ultim diagnostic.

Pentru a avea un diagnostic cert, am recurs la examenul isto-patologic al unui ganglion limfatic extirpat din regiunea latero-cervicală dreaptă. Iată rezultatul dat de Inst. de Anat. Patologică:

Caracterele histologice, dar mai cu seamă citologice, conduc la ideea unei tumori a celulelor hematice tinere, cu forme greu clasabile, în sensul leucosarcomatozei (Sternberg), sau chiar forme leucemice cloromatoase.

Vedem deci că nici examenul isto-patologic nu este categoric în concluziunile sale. Totuși credem că suntem mai aproape de adevăr formulând dgn. de limfosarcom.

Am ținut să prezentăm acest caz atât pentru aspectul particular al bolnavului, cât și pentru faptul că arată dificultățile întâmpinate uneori în stabilirea diagnosticului etiologic al acestui sindrom.

Prof. M. A. Botez: Concepția și utilitatea medicinei generale. (Conferință, apare în articol în „Ardealul Medical”).

Dare de seamă asupra mersului și averii Societății.

Având în vedere timpurile grele și de nesiguranță prin care trecem, comitetul Societății a crezut potrivit să facă o dare de seamă asupra mersului și averii Societății în ședința plenară.

Astfel face o dare de seamă generală d-l Dr. A. Ciplea, secretar general, d-l Dr. O. Fodor, casier, și d-l Dr. L. Comes, bibliotecarul Societății.

D-l Prof. Dr. M. Sturza mulțumește tuturor pentru concursul dat.

D-l Prof. Dr. I. Hațieganu felicită comitetul, în frunte cu președintele, care a fost capabil de realizări așa de frumoase pe aceste vremuri așa de grele.

Această dare de seamă în detaliu va apare la sfârșitul mandatului comitetului.

Dr. N. Cotoi (medic igienist de plasă): Anomalie congenitală cu lipsa membrului superior drept.

Între anomaliiile mai rare survenite la noul născuț este considerată și lipsa membrului superior, respective lipsa vreunui

membru sau organ, față de unele anomalii mai obișnuite ca: gura de iepure, gura de lup, etc. Cauzele intrin sau extrinseci a acestor anomalii fiind chestiuni mai complexe nu le vom trata în acest referat al nostru, în care ne vom rezuma numai la descrierea cazului observat de noi și considerat interesant și curios pentru medici în general.

Este cazul unei fete; Elena Obârsan, născută în 29 Ian. 1944, în comuna Ineu, Nr. casei 190, asistată de moașa comunală care a fost frapată (surprinsă) la observarea acestei anomalii: Lipsa membrului superior drept.

În timpul sarcinei nu a observat nimic deosebit de celelalte sarcini; la început a avut vărsături cu dureri în regiunea gastrică, a suferit de malarie fiind tratată la dispensar cu chinină în dragee și injecții de chinină-uretan, fără ca să fi alterat mersul sarcinei acest tratament. Mișcările fetale nu a dat nimic de bănuit mamei pare — zice ea — au fost mai reduse.

Mama fetei Obârsan Sanda de 40 ani, căsătorită în anul 1924, cu Obârsan Nicolae de 48 ani (în prezent), sunt căsătoriți legitim, au avut împreună 6 copii dintre cari trăiesc 5 (3 băieți și 2 fete), deci un singur copil le-a decedat la 1/2 oră după naștere din cauza debilității congenitale. Menstruația este și a fost normală. Femeia (mama) nu a suferit de maladii infecto-contagioase sau sociale și nici în prezent nu prezintă clinic semnele vreunei atari maladii sau organice. Tatăl fetei cumpătat nu este alcoolic.

Fetița Obârsan Elena de constituție normală, având greutatea și lungimea corpului corespunzătoare vârstei, de altfel și la naștere s'a prezentat normal în ceea ce privește lungimea, greutatea și aspectul general, afară de lipsa din umăr al membrului superior drept. La examenul pulmonar și cardiac nu se constată nimic deosebit. La examinarea fontanelor se constată, că cea mică este aproape închisă, iar cea mare este micșorată față de obișnuit. Nu prezintă niciun alt defect corporal, iar funcțiunile fiziologice de eliminare (defecare și urinare) se fac normal.

Examinând mai atent la nivelul umărului drept, face impresia unei amputațiuni la nivelul articulației scapulo-umerală cu un bont estetic acoperit de piele și prezentând și 3 puncte de adâncituri (infundături), făcând impresia locului unor suturi vîndecate fără urme de cicatrice. La palpația sumară se simte omoplatul, clavicula, dar la nivelul articulației aceste oase se rotunjesc pentru a da un bont rotunjit ca și cum ar fi executată această lucrare de un sculptor.

Această anomalie aflată într'un centru universitar ar constitui un obiect de studiu pentru mameși pediatri și embriologi, putându-se face examinări mai complete prin radioscopii, radiografii, eventual biopsii, cari ar aduce lumină în producerea acestei anomalii destul de nedorite pentru părinții cărora le fac infirmă pe vieață o ființă dela care așteptau sprijin la bătrânețe.

I. Philipowicz: Ulcere gastrice la gemeni.

Rudolf și Ludwig W., azi în vîrstă de 39 de ani, sunt gemeni monovulari și seamănă în așa fel, încât au fost confundați în mod regulat. Abia în ultimii ani se pot distinge mai ușor, deoarece R. în urma istoricului maladiei descrise mai jos, deși refăcut complet, pare mai bătrîn.

Tatăl, funcționar superior, era un alcoolic inveterat, de altfel sănătos, muri în vîrstă de 60 ani de pneumonie, forma gripală. Mama se îmbolnăvește la 50 de ani de Anemie pernicioasă, care reacționează bine la tratamentul opoterapic cu ficat și e azi în vieață în vîrstă de 68 de ani.

Un frate, azi de 44 de ani, e sănătos și voinic. O soră M., — în etate de 48 de ani e sănătoasă, totuși foarte nervoasă.

Cealaltă soră L.; 46 de ani, din contră a făcut în copilărie Disenterie, tînde la Bronșită cu tuse spastică și suferă dela anul 1912 adică de acum, în vîrstă de 13 ani, de spasm cardiac.

Pomata **Dermosan „Galeno“**

Compusă din substanțe astringente, antiseptice, calmante și antiflogistice este

Pansamentul ideal în toate iritațiile și maladiile pielii:

Eczeme - Arsuri, Ulcere ale gambei,
Degerături, Mâncărimile pielii,
Descuamări etc.

Calmează mâncărimile, Alină durerile,
Cicatrizează rănilor, Ulcerile varicoase,
Vindecă arsurile

Thumenol-Rezorcină-Acid
salicilic - Oxid de zinc
Talc - Lanolină - Vas

Prodotti Farmaceutici „GALENO“

Mostre și literatură servește: „Farmacopeia“ Rahovei 189, București

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică**.

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.

INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

La început acceselor erau rare, dela 1917 din contră regulate, mai întâi la înghițit pâinea, mai apoi la carne și ouă răsoapte.

Dela 1925 ea e nevoită să bea apă după ingestia acestor alimente. Spasmul durează câteodată o zi întreagă. Vărsături alimentare nu s'au observat, câteodată însă mucus. Sopositoare de atropină sunt eficace. — În anul 1930 face pneumonie. 1941 Colicistită, Colită și Nefrită.

Gemenul R. a fost sănătos până la vârsta de 11 ani, când se îmbolnăvește de Rugeolă. — În toamna 1926 are dureri abdominale, senzație de greutate în regiunea epigastrică, constipație, dureri 2—3 zile în intervalul a 2—3 luni, care pe urmă devin mai dese. Dela anul 1928 are dureri localizate în regiunea apendiculară și slăbește în mod simțitor. — În Iunie 1928 — apendectomie — apendicele lung, acut inflammat. După operație se reface complet și nu simte deloc dureri timp de 6 luni. După aceea din nou simptome gastrice.

1930 — vărsături de lichid apos, nu prea acide și accese de durată de 4—5 săptămâni. — Regim sever. — O lună fără incidente clinice, pe urmă iarăși accese. În 1931 Scarlatină. — După aceea se stabilește prin radiografie un ulcer prepiloric cu dilatație netă.

Tratamentul spitalicesc: spălături stomacale, regim, atropină — papaverină. — Ușoară ameliorare. În Aprilie 1933 perforație, este operat după 3 ore, ulcerul se suprasupurează.

În urma operației se reface complet, n'are dureri, greutatea corporală crește cu 20 kg. — La începutul 1938 aflându-se în stradă, simte o stare de slăbiciune subită, melenă — 6 săptămâni repaus la pat și regim. După 3 luni de zile din nou hemoragie. De acum înainte starea se agravează, vărsăturile sunt zilnice.

5 XII. 1940. Internare în spital. — Starea generală gravă, comatos, crampe, urée în sânge 400. Tratament adecuat (Glucoză, Clorură de sodiu) — ameliorare.

1 I. 1941. Eșit din spital, simptomele de stenoză devin din ce în ce mai grave.

5 III. 1941. Starea bolnavului este gravă. Greutatea corporală 51 kg. Uree în sânge 200. De aceea se procedează numai la Gastroenterostomoză, anterior la anastomoză de tipul Braun, mezo-colonul fiind scurt și atrofic. — Regim. — Repaus, greutatea corporală crește cu 10 kg în 2½ luni. Apoi dureri la stânga în regiunea epigastrică, care devin din ce în ce mai accentuate, n'are vărsături. Starea pacientului se agravează din nou. Greutatea corporală 47 kg.

22 X. 1941. Operație radicală. — Anestezie locală. Resecția ulcerului peptic al jejunului împreună cu anastomoza și 2/3 a stomacului după Hofmeister și se procedează la anastomoză cu stomacul în dreptul anastomozei anterioare, de tip Braun. Operația decurge în condițiuni optime. De atunci, adică de mai bine de un an, e fără dureri, se reface foarte bine, greutatea corporală crește, digestia normală și compatibilitate pentru toate alimentele.

Fratele gemen L., este de constituție solidă și mai rezistent. A făcut Rugeolă concomitent cu fratele. Durerile gastrice apar cu un an mai târziu decât la fratele său gemen și decurg în mod analog. În Iunie 1928, adică în același timp cu fratele, Apendectomie — același rezultat. Se reface bine. Exact ca și la frate apar după 6 luni din nou dureri gastrice, greutatea corporală scade.

Concomitent tratament spitalicesc. În 1938, prin urmare în același an cu fratele, hemoragie puternică. În urma hemoragiei durerea se agravează, vărsături, greutatea corporală scade la 48 kg. Exam. radiologic identic cu cel al fratelui.

20 XII. 1939. Rezecție gastrică de tip Hofmeister care decurge în condițiuni bune. — De atunci se bucură de perfectă sănătate.

Istoricul maladiei gemenilor în legătură cu acel al sorei L. ne face să presupunem, că etiologia ambelor cadre clinice (ulcere și spasm cardiac) se datorește unei leziuni ale nervului pneumogastric, care leziuni și-ar avea originea în alcoolismul tatălui.

Literatura vastă în domeniul genezei ulcerelor gastrice a putut confirma până în prezent numai părerea lui Kaufmann, că geneza ulcerului nu este unitară.

Dacă aceasta corespunde realității, ori, că în afară de „predispoziție” mai există un alt factor declanșant pentru un ulcer tipic cronic recidivant, factor nouă încă necunoscut, încă nu e stabilit.

Atât clinic cât și experimental, s'a observat producându-se ulcere gastrice prin diferite alterații.

Inversând întrebarea s'ar putea spune, că intradevăr mulți factori sunt capabili să fie recunoscuți drept cauză, că însă ca ultima enigmă rămâne deschisă chestiunea factorului „predispoziției”, ca la cea mai mare parte a maladiilor.

Îmbolnăvirea concomitentă a gemenilor atât de apendicită nedubioasă, care diagnostic se întărește printr-o perioadă de perfectă sănătate de 6 luni și creștere a greutateii corporale, cât și faptul, că la amândoi, exact după 6 luni se instalează dureri gastrice, ne permite să admitem pe lângă faptul, din punct de vedere biologic foarte interesant, și teoria învățăturii, „cele de a 2-a maladii” în sensul lui Rössler.

Deoarece nu s'a făcut înainte examenul radiologic, se naște întrebarea, dacă și pe atunci nu existau leziuni gastrice.

Totuși spasmul cardiac concomitent al surorii, face să ne gândim și la o geneză a pneumogastricului.

S'a reușit de fapt în mod experimental să se producă ulcere gastrice atât prin secționare, cât și prin excitarea pneumogastricului, și mai ales după cea din urmă, după administrarea în prealabil de pilocarpină, ulcere, care au avut însă caracterul de a deveni cronice.

Clinicește în două treimi a cazurilor, vagotonia este asociată cu ulcerul pe când 1/3 arată simpaticotonie.

Leziunile pneumogastricului, se pot evidența atât periferic, cât și central, după cum pare să dovedească legătura nu prea rară, între maladii cerebrale resp. traumatisme, cu ulcere gastrice, care se produc în urma acestora.

Întru cât cazurile aci descrise ne-ar putea furniza o dovadă, ne-am putea gândi și aci la aceasta geneză.

Ședința din 18 Mai 1944

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte.

Cuvântul Președintelui Prof. Dr. M. Sturza

Doamnelor și Domnilor,

Întrunirea noastră de azi este în afară de cadrul obișnuit al ședințelor Societății Științelor Medicale, și de aceea să-mi dați voie să Vă adresez ca introducere câteva cuvinte.

Azi avem deosebită plăcere și bucurie de a avea în mijlocul nostru mai mulți membri iluștri ai Facultății de Medicină dela Universitatea din Iași, cărora le adresăm dintru început: lăutul nostru cordial și frățesc. Această bucurie și plăcere nu este însă neturburată. Ea are o componentă dureroasă și tristă, care ne copleșește pe toți.

După o viață aproape fericită și indestulită de 25 ani, iată-ne ajunși în vremuri de restriște și bejenie. Toți oamenii de cinst și omenie ai țării se simt loviți. După un refugiu blestemat al fraților bucovineni și basarabeni din Iunie 1940, am ajuns să fim alungați noi transilvănenii, la finea lunii August al aceluiași an. Ne-am lăsat casele, avuțul nostru și o mare parte dintre noi neamurile și sângele nostru sub apăsare străină și barbară, dar ceea ce ne-a durut mai mult a fost că a trebuit să ne părăsim

locașurile noastre, universitatea noastră și cercul nostru de activitate, menite să facă educația națională și morală a generațiilor cari ne vor urma.

Ne-am strămtorat în această parte de Sud a Ardealului și după multe greutăți am putut înjgheba o continuare modestă a activității noastre.

Au urmat vremuri de incurajare și nădejdi pentru cea mai mare parte a neamului, dar noi stăteam mai departe sub presiune, pentru că ne vedeam încă cei mai îndepărtați de ajungerea scopului nostru, de revederea plaiurilor noastre strămoșești și de munca noastră ce o aveam de îndeplinit. Și iată că după scurt timp soarta războiului ne-a lovit din nou pe toți într-o măsură cumplită și nemeritată. A urmat din nou refugiul facultăților din Cernăuți, apoi refugiul Universității din Iași, și în fine bombardamentul Capitalei și orașelor mari, cu evacuarea, parte benevolă și parte forțată, a instituțiilor mai importante, de cari ține și Universitatea, astfel încât deocamdată plutim într'un fel de haos.

Intr'o asemenea situație lucrul principal este să nu ne pierdem cumpătul, să știm ce vrem și să urmărim ce vrem.

Înainte de toate, iubitorilor Moldoveni, noi Ardelenii și împreună cu noi întreaga țară, suntem datori să Vă exprimăm adâncă noastră recunoștință pentru tot ce ați făcut pentru noi în alți ani de restriște, în anii 1916—1918, când ați primit cu brațele deschise aproape întreaga intelectualitate română. Noi voim din tot sufletul să Vă simțiți bine în Ardealul nostru redus, voim să Vă oferim tot ce putem și Vă rugăm să cereți tot ce doriți, ca și dela frații voștri.

După părerea noastră, două chestiuni mari trebuie să ne preocupe mereu, în orice situație ne-am găsi azi.

Prima este, să rămânem pe cât se poate de activi în domeniul în care suntem dedați a munci, să continuăm o activitate în conformitate cu profesiunile noastre, în folosul neamului și al țării.

A doua, să menținem veșnic treze și la suprafață drepturile și aspirațiunile noastre naționale.

Când omul iese din viața sa obișnuită, să zicem din oareșicare comoditate corporală și psihică, suferă de obicei și activitatea profesională, iar pe urma acesteia productivitatea spirituală și materială a poporului și a Statului, aceste toate în detrimentul colectivității neamului.

Cu toate greutățile în cari trăim azi, nu avem voie să cedăm unei inactivități, care ne poate duce foarte ușor la un indiferentism și fatalism păgubitor. Trebuie să tindem mereu să muncim și să producem, pentru a întrece sau măcar a ține pas cu progresele mai mult sau mai puțin accentuate ale popoarelor cari ne înconjoară. Suntem un popor mic, lipsit de protectori, și viitorul nostru este condiționat de vigozitatea noastră și de puterea noastră de muncă. Să căutăm să le afirmăm pe ambele cât putem mai mult.

A doua chestiune, cel puțin tot atât de importantă, este intransigența pe care trebuie să o păstrăm cu privire la drepturile și aspirațiunile noastre naționale. Copleșiți de neliniște, hărțuiți în toate părțile țării, plini de griji pentru viitorul familiilor noastre și pentru viața noastră proprie, adeseori suntem dispuși să devenim îngăduitori față de ceea ce compete și la ceea ce aspirăm cu drept. Aceasta nu avem voie să o facem niciodată, cu atât mai puțin în vremurile acestea necăjite. Noi Ardelenii nu avem voie să ne treacă nicidecum prin minte să ne putem împăca vreodată cu gândul să nu devenim din nou stăpâni pe Ardealul întreg. Pământul sfânt al Moldovei și Mândra Bucovină s'ar putea să fie vreodată deslipite de trupul României noastre? Basarabia răpită vremelnic prin intrigi și uneltiri, se poate să nu revină iarăși la patria Mamă? Nu există putere, nu există împrejurări cari să ne facă îngăduitori și să ne dea aparența de lașitate.

Pentru ca să rămânem activi, trebuie să ne menținem după posibilitate munca noastră obișnuită și dacă putem, să o și sporim; pentru ca să rămânem intransigenți, trebuie să ne indemnăm mereu

reciproc. Cei mai tari însuflețiți trebuie să influențeze pe cei mai pesimiști, convinși fiind că toți, fără excepție, dorim și insistăm pentru un viitor măreț al acestui neam vîguros și plin de atâtea calități alese. Noi suntem cel puțin tot atât de buni și vrednici ca și oricare din neamurile cari ne înconjoară, avem deci dreptul la o soartă cel puțin tot atât de bună ca și ele. Cu cât durează războiul mai mult, cu atât vedem afirmându-se tendința ca popoarele mici să fie tratate ca entități de categoria a doua și să fie lăsate la discreția celor puternici. Aceasta nu poate să dureze mult și vrem mai bine ca acest războiu să se prelungească încă cu ani decât să rămânem robi pe sute de ani. Omenirea a luptat mii de ani pentru ca să ajungă în fine la afirmarea libertății individuale în acord cu binele public. Nimic nu va putea împiedeca sau opri acest progres istoric al omenirii. Durata grozăviilor și suferințelor războiului va aduce la rezon și cumpătare și popoarele mari.

Mă veți întreba de ce relev asemenea idei la o ședință a Societății Științelor Medicale? O fac pentru că acest mic nucleu de muncă științifică care se menține pe lângă Facultatea de Medicină Cluj-Sibiu, dorește să formeze un exemplu pentru continuarea unei activități și în vremuri de restriște; dorește să mențină vie o muncă, care să ridice moralul, să ne îndepărteze de nepăsare și care să continue să aducă folos colectivității românești. Acum când activitatea obligatorie universitară a fost întreruptă, este bine ca măcar într'un cerc mai restrâns să se mențină un imbold, un stimulent de afirmare științifică românească. De altă parte dorim ca ședințele Societății să formeze un loc de întâlnire nu numai pentru membrii Societății, ci și pentru medicii din jur și chiar din regiuni mai îndepărtate, cari au fost aruncați de soarta războiului departe de căminul lor profesional.

La acest loc de întâlnire vream să ne spunem păsurile și necazurile, să ne îmbărbătam reciproc; mai presus de toate însă să ne întărim moralul și să susținem mereu trează intransigența care trebuie să stea la baza viitorului nostru, la baza existenței noastre.

Aceasta ne-a indemnă să ne luăm voia să Vă invităm și pe D-Voastră, dragi Moldoveni, membri ai Facultății de Medicină din Iași, la ședințele Societății noastre și suntem mulțumitori D-lui Rector al Universității noastre, D-l Prof. Dr. I. Hatieganu, că punând la dispoziție vehiculul de transport, a înlesnit venirea D-Voastră în mijlocul nostru. D-Voastră Vă mulțumim din toată inima că ați urmat invitații noastre și dorim ca din aceste întâlniri să rezulte o colaborare cât mai întinsă și mai fecundă, ca o manifestare a activității științifice românești în timpuri grele.

Iubiți Moldoveni! Fiți bineveniți în mijlocul nostru și îmbrățișați cu căldură frățească.

D-l Prof. Dr. Gh. Tudoranu, Decanul Facultății de Medicină din Iași, mulțumește pentru căldura și dragostea cu care au fost primiți în sânul Societății Științelor Medicale și promite că ieșenii vor continua să ia parte la ședințele Societății, căutând în același timp să aducă și contribuția științifică a Facultății de Medicină din Iași. Optimismul și cuvintele de îmbărbătare ale președintelui acestei Societăți, precum și încrederea noastră a tuturor în destinul nației românești ne sunt un stimulent pentru munca și activitatea științifică pe care vor continua să o depună în cadrul societății.

Dr. P. Țârlea: Contribuțiuni la cauzele frecvenței și gravității eritrodermiilor salvarsanice din ultimul timp.

În cursul anului școlar expirat, am avut prilejul, să Vă comunic o serie de observațiuni clinice referitor la cele mai variate accidente salvarsanice, în deosebi cazuri de melanoză generalizată ori regională, difuză sau reticulară, erupțiuni de tipul lichenului ruber plan, chiar și o observație clinică de polinevrită salvarsanică, una din cele mai rare accidente arsenicale. Acum îmi per-

MAGNESIUM MANDELAT «ASTA»

(granule solubile în intestinul subțire)
pentru terapia specifică în

Coli-infecțiuni
ale

Căilor urinare

★

Absolut netoxic
Foarte economic
(durată scurtă de tratament)



ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură și eșantioane vă stau
cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. ★ Strada Sf. Ionică No. 8 ★ BUCUREȘTI

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți:

„Transmare” S. A. R. de Import și Export,
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



miteți să Vă relatez asupra unei complicații mai puțin rare, constituind așa-numita dermatită veziculo-sedematoasă salvarsanică, de cele mai multeori generalizată, sub aspectul unei eritrodermii descvamative. Este curios, că în ultima vreme am ospitalizat în același timp 5 astfel de cazuri la Clinica Dermato-venerică din Cluj-Sibiu și doi în clientela particulară și această coincidență mă determină, să Vă prezint aceste cazuri și să încerc să răspund la câteva probleme ce se pun în legătură cu acest accident salvarsanic foarte serios.

Iată cele 5 observațiuni:

L. V. de 40 ani, subofiter jandarm căsătorit, intră în serviciul Clinicii la 23 Aprilie 1944 cu o Dermatitis salvarsanică generalizată de tipul eritrodermiei descvamative, care i-a apărut cu 6 săptămâni în urmă, după ultima injecție de Neosalvarsan din prima cură de atac al unui tratament antisifilitic. Medicul a comis eroarea gravă, de a nu fi respectat nici pauza reglementară, ci considerând erupțiunile cutanate toxice ca fiind de natură specifică, a mai administrat fără întrerupere încă 6 gr Neosalvarsan, agravând dermatita în așa măsură, încât cu tot tratamentul eroic de desensibilizare pe care-l aplicăm în clinică în asemenea cazuri ca: inj. i. v. cu thiosulfat de Sodiu 10%, preparate de vitamină C, de ficat, Reticulină, doze mici, repetate de adrenalină, sulfamide și chiar transfuzia sangvină, iar local medicamentul suveran sub formă de mixtură cu Rivanol 1%, n'am putut împiedica desnodământul fatal, care s'a produs la 11 zile de internare.

S. A. de 38 ani, mecanic căsătorit, intră în Clinică la 31 Martie 1944, cu o dermatită salvarsanică generalizată, eritrodermică, apărută după a 6-a injecție de Neosalvarsan doza a IV-a din prima cură de tratament curativ precoce. Fiind tratat cu metodele susarătate, bolnavul după 6 săptămâni părăsește serviciul vindecat.

R. N. de 36 ani, funcționar căsătorit, intră în serviciul nostru la 25 IV. 1944 cu o dermatită salvarsanică generalizată, fără să prezintă tipul eritrodermic al celorlalți. Afecțiunea a apărut după a 7-a injecție din cura a doua antisifilitică. Medicul a continuat cu administrarea Neosalvarsanului, iar erupțiunile s'au generalizat. Fiind tratat cu metodele cunoscute de desensibilizare, bolnavul este pe punctul de a părăsi serviciul vindecat.

V. I. de 61 ani, pensionar, intră în Clinică la 8 IV. 1944 cu o eritrodermie salvarsanică, apărută după a 10-a injecție a primei cure de atac al tratamentului curativ precoce. Bolnavul prezentând o foarte exprimată carență în vitamina C, determinată cu metoda de încărcare, pe lângă celelalte metode terapeutice, a fost tratat cu doze masive de vitamină C, carența reducându-se complet și cu ea producându-se o rapidă ameliorare.

P. V. de 22 ani, student în Medicină, intră în Clinică la 22 IV. 1944 cu o dermatită salvarsanică generalizată, care în câteva zile s'a transformat într-o eritrodermie gravă. Desensibilizarea aplicată până în prezent, chiar și vitamina C în doze masive — este vorba de o mare carență — au influențat prea puțin starea lui.

Problemele, care se pun în legătură cu observațiile noastre, sunt următoarele: În ultimul timp se observă o frecvență din ce în ce mai mare a accidentelor salvarsanice în general și a acestui accident cutanat în special; fapt semnalat atât în serviciul nostru, cât și altele indigene și străine. Cazurile de dermatită salvarsanică observate în ultimul timp, toate au trecut în forma cea mai gravă, de eritrodermie descvativă. Cazurile noastre au avut un caracter neobișnuit de grav, unul sfârșindu-se letal, ceea ce odinioară constituia o raritate extremă.

Acestor trei probleme: frecvența, caracterul generalizat-eritrodermic și foarte grav al dermatitelor salvarsanice din ultimul timp, s'ar putea da următoarele explicații. Autorii germani învinuiesc alimentația precară de războiu, care provocând alterațiuni puțin exprimate, dar prelungite ale ficatului și mai cu seamă ale sistemului endocrino-vegetativ, care supraveghează buclăria or-

ganismului, predispune la stări de intoleranță față de complexul arsenical, încă prea puțin cunoscut, sub a cărui formă acționează Neosalvarsanul în organism. Această alimentație de războiu mai este și o alimentație de carență în vitamina C, factorul atât de important antitoxic, din ea lipsind mai cu seamă fructele exotice bogate în această vitamină ca: grape fruit, portocala, lămâia. Această carență, în timpul de vară, toamna și iarna este compensată prin zarzavaturile și fructele pe care le produce zona noastră geografică. Primăvara însă, prin epuizarea rezervelor de vitamină C din organism și din alimentele conservate din care organismul și-a putut satisface nevoile vitaminice în timpul iernei, carența în vitamina C face, ca numărul accidentelor salvarsanice să crească brusc și aceste accidente să îmbrace forme clinice grave.

Dar explicațiile acestea par a nu clarifica în deajuns problema frecvenței și gravității accidentelor salvarsanice din ultima vreme și atunci m'am gândit, că însuși preparatului salvarsanic i se poate atribui un rol important etio-patogenic în această problemă. Examinând preparatele pe care le-am administrat în ultimul timp, din punct de vedere macroscopic nu se poate constata nicio deosebire față de seriile vechi. Dar administrând comparativ preparatele cu serii recente și pe acele pe care le avem de mai mulți ani, observăm o mai bună toleranță a preparatelor vechi, lucru ce pare paradoxal, cunoscut fiind principiul clasic, că preparatele recent fabricate sunt mai bine tolerate. N'asi putea să afirm, că substanțele chimice de bază, modul de preparare, ori cari factori sunt răspunzători în scăderea tolerabilității preparatelor salvarsanice dar presupunem în baza observațiilor de mai sus, că și preparatul ar putea fi vinovat în acest complex al problemei accidentelor salvarsanice.

Ca concluzie practică, din cele expuse rezultă, că dacă și până acum am subliniat riscurile pe care le comportă administrarea preparatelor salvarsanice în tratamentul antisifilitic, pe care atât medicii, dar mai cu seamă persoane necompetente ca studenți în medicină, agenți sanitari, infirmieri, moașe, etc. le administrează cu o ușurință și lipsă de răspundere condamnable, în urma ivirii acestor accidente grave, chiar mortale și din ce în ce mai frecvente, trebuie să avertizeze în modul cel mai categoric pe acei, cari administrează asemenea preparate, ca prudența în prepararea și administrarea Neosalvarsanului s'o împingă la extrem. Recomand, ca chiar și fără semne mici sau mari de intoleranță salvarsanică, să se administreze pe lângă mijloacele curente de desensibilizare polivalentă, vitamina C în tot cursul tratamentului în doze de întreținere, iar în ziua injecției în doze masive, disolvând Neosalvarsanul într-o fiolă de vitamină C forte, acesta fiind mijlocul cel mai eficace prin care putem combate dintre factorii multipli în parte necunoscuți ai intoleranței salvarsanice, cel puțin factorul cunoscut, care este carența în vitamina C.

Dr. Ilie Ardeleanu: Cercetări asupra valorii sero-reacțiunii widal calitativă, în diagnosticul febrei tifoide și paratifoide. (A apărut în articol în revistă Nr. 8—1944).

Prof. Dr. V. Papilian: Noi cercetări asupra nervilor periferici.

Prof. Dr. I. Goia: Infecția de focar. (Conferință, vezi Ardealul Medical Nr. 6/1944 și volumul: Infecția de focar, Tipografia Dacia Trăiană — Sibiu 1944).

Dr. Bârle H. și Dr. Olariu E.: Un caz de diabet bronzat cu insuficiența capsulelor suprarenale. Spitalul de Stat Oravița.

Internându-se la 8 Decembrie 1943, în serviciul de boli interne a spitalului din Oravița pentru stabilirea regimului de insulină, un bolnav cu diabet bronzat, care prezenta în același timp și semne de suferință din partea capsulelor supra-renală, am crezut util a prezenta cazul.

Protecția gestației



în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării
mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare,
cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben dizolvat în uleiul germeniului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceia acțiune
mărită a progesteronului. Pe baza conținutului
vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul
avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree

sindromul gastro-
cardiac

meteorism



Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Dodonal



Înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0.3 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Bolnavul M. J. de 40 ani, căsătorit, român, ortodox, mecanic din comuna Văliug, jud. Caraș.

În familie nu cunoaște să fi avut vreun caz de diabet.

În antecedentele personale, neagă boli infecto-contagioase sau venerice. Nu fumează și nu abuzează de băuturi alcoolice.

Boala actuală datează din Februarie 1936 (de 8 ani), când observă că urinează foarte mult, atât ziua cât și noaptea, are sete și foame pronunțată, slăbește în greutate și forțe. Consultă un medic care îi pune diagnosticul de diabet și-i prescrie tratament cu insulină. De atunci și până în prezent folosește insulină, afară de lunile Iunie și Iulie 1943, când nu găsește. În acest timp slăbește foarte mult și simptomele diabetice se exacerbează. Este internat pentru prima oră în spitalul nostru, pentru stabilirea caratei de insulină.

În Ianuarie 1943 observă că îi apare o pigmentație generalizată a tegumentelor. Tot de atunci are din când în când dureri și o senzație de apăsare în regiunea hepatică, prezentând în același timp grețuri, vărsături, balonări, diaree. De o lună se simte din nou foarte slăbit, mai ales în forțe. Este adinamic, transpiră mult, este apatic și nu are poftă de lucru.

Reintră în spitalul nostru pentru mărirea dozei de insulină.

Starea prezentă: Bolnav de talie mijlocie, de 63 kg, normal conformat.

Tegumentele prezintă pete pigmentare generalizate cu contur mai mult sau mai puțin regulat; unele confluențe. Pare ca stropit cu pete de culoare brun deschisă. Petele sunt mai pronunțate pe gât, pe părțile extensorice ale extremităților, pe organele genitale, apoi mai puțin intense, pe față, torace și părțile flexorie a extremităților.

De asemenea prezintă pete pigmentare și pe mucoasa buzei inferioare. Tesutul celulo-adipos foarte redus.

Pulmonar nimic patologic. Sgomotele cardiace voalate, ritmice, puls mic, depresibil, accelerat (100 pe minut) T. A. 10/5.

Abdominal: baza toracelui ușor extravazată. Ficatul este mărit, depășește cu un lat de palmă falsele coaste, este sensibil, de consistență dură, cu marginea inferioară ușor neregulată. Splina mărită la percuție, nu se palpează. Scaun normal. Nu prezintă ascită, nici circulația colaterală.

Exame de Laborator: Analiza urinei: Poliurie, având în prima zi, 7000 gr urină cu 7% glicozurie, densitatea 1030. A 2-a zi, 4880 gr urină cu 8% glicozurie, densitatea 1029, iar a 3-a zi, 3888 gr urină cu 10% glicozurie și densitatea 1030. Această, pe lângă regimul de probă cu 200 H. C. ingerate și 60 U. insulină. Acetona, acidul diacetic în urină, intens pozitive Reacția Bordet-Wassermann-Moinock negative. Glicemia variază între 200—350 mgr.

Bolnavul prezintă o stare de astenie fizică și intelectuală, stă mai mult în pat, doarme mult, este apatic și indiferent la cele din jur. A 2-a zi de la internare prezintă o stare de lipotimie, cade, este palid, puls peste 120 pe minut. Este așezat în pat, primește o injecție de adrenalină și își revine peste scurt timp. Lipotimia nu este în legătură cu administrarea insulinei.

Se stabilește regimul de insulină și după 5 zile de internare bolnavul părăsește spitalul.

Diagnosticul nostru a fost de *Diabet bronzat grav, cu denutriția azotată și fenomene de insuficiență a suprarenalelor*.

În evoluția cazului, bronzarea apare după 7 ani de diabet, iar simptomele suferinței suprarenalelor sunt recente; abea de o lună.

În ce privește *tratamentul*, având în vedere că bolnavul prezintă pe lângă diabet, o însemnată denutriție azotată cu acidoză și fenomene de insuficiență a capsulelor suprarenale, am recomandat regimul corespunzător și 40 U. insulină zilnic, asociată cu preparate de *suprarenală*, vitamina B și C.

Ținem să remarcăm, că în diabetul bronzat cu insuficiența suprarenalelor, după observațiunile lui *Leerh, Wendel, Bammel*,

Pages, apoi *Althausen, Kerr, Rott, Allen, Konstamm*, acești bolnavi se comportă în 3 moduri, la tratamentul insulinic.

Unii reacționează normal;

alții sunt insulinorezistenți;

și în fine, unii prezintă o stare de *insulinosenibilitate*. Chiar la doze mici de insulină, fac accidente grave și intrând în comă, sucombă. La aceștia din urmă se observă în mod curent, la examenul histo-patologic, leziuni în capsula suprarenală. De aceea întotdeauna, spre a evita accidente neplăcute, se recomandă la început a se tona comportarea față de insulină.

Cazul nostru are o comportare normală la tratamentul insulinic. În ceea ce privește prognosticul, deoarece la bolnavul nostru însuși diabetul este grav, cu denutriție azotată, suprapunerea diabetului bronzat și a insuficienței suprarenalelor, constituie un cadru de boală de prognostic infaust, mai ales că bolnavul este un muncitor dintr-o regiune îndepărtată de un centru spitalicesc, și aceasta îngreunează și mai mult prevenirea și tratarea accidentelor ce ar putea surveni.

★

REUNIUNEA ANATOMICĂ

Ședința VI-a din 30 Martie 1944.

Prezidează: PROF. Dr. TITU VASILIU.

1. Dr. I. G. Russu - Drd. A. Ludu: Anomalii vasculare multiple.

În domeniul vascularizației arteriale a ficatului au fost descrise o seamă de anomalii, fie prin existența unei anastomoze cu artera mezenterică superioară (Tandler, Velluda-Jianu), explicată prin datele embriologice, fie prin existența unei artere hepatice accesorii drepte pornită din artera mezenterică superioară (10% din cazuri) sau din artera gastro-duodenală (4%).

Terminarea acestei ramuri se poate face fie irigând singură lobul drept al ficatului (8% din cazuri), fie anastomozându-se cu ramura dreaptă a arterei hepatice proprii (2%).

Se notează în general că artera hepatică accesorie dreaptă emite foarte rar vreo ramură în regiunea supraduodeno-pancreatică, în afară de o arteriolă a canalului coledoc. Sousloff strânge totuși 16 cazuri, din care la 13 artera hepatică accesorie dreaptă emitea artera cistică, al cărui drum traversa triunghiul lui Callot.

În anul 1944, cu ocazia disecției a 2 cadavre de sex feminin, am putut observa prezența arterei hepatice accesorii drepte, care prezenta totuși o dispozițiune foarte rară prin existența concomitentă a 2 artere cistice. Artera hepatică accesorie dreaptă lua naștere (la ambele cazuri) pe partea antero-laterală a arterei mezenterice superioare, urma apoi traectul clasic descris (Descomps. Le tronc coeliaque. Steinheil Paris. 1910) și anume: în primul segment este situată la stânga vinei porte și inapoia pancreasului, dar înaintea vinei cave inferioare, în al doilea segment se găsește în pediculul hepatic, fiind situată la marginea liberă a micului epiploon și însoțită de un plexus vânos. În partea cea mai inferioară a acestui segment este inapoia vinei porte, apoi încrucișează marginea ei dreaptă și trece pe un plan anterior. De notat aici importanța chirurgicală a raporturilor cu căile biliare, pe care le încrucișează în partea de jos în unghiul foarte ascuțit găsindu-se la stânga lor în unghiul dintre coledoc și marginea dreaptă a vinei porte; mai sus însă este situată inapoia confluentului hepato-cistocoleodoc; iar sus de tot artera hepatică accesorie dreaptă este situată inapoia cistichului și a hepaticului (canalele) și în unghiul dintre ele.

Înainte de a încrucișa canalul cistic artera hepatică accesorie dreaptă (în ambele cazuri), emitea o ramură cistică, ce merge și se răspândește pe jumătatea dreaptă a veziculei biliare S'o numim artera cistică dreaptă, din cauză că pe jumătatea stângă a

suprafeței exterioare a veziculei biliare se răspândește o altă arteră (artera cistică), care lua naștere din artera hepatică proprie, urma un traect orizontal, se strecura între cele două ramuri ale canalului hepatic, trecând înapoia (dorsal) canalului biliar stâng și înaintea (ventral) canalului biliar drept. Această ultimă ramură cistică reprezintă de fapt artera cistică normală.

Artera hepatică accesorie dreaptă își continuă apoi traectul în sus și se răspândește în lobul drept al ficatului, pătrunzând prin extremitatea dreaptă a șanțului transvers, pentru ca artera hepatică proprie — ramură din triunchiul coeliac — să pătrundă la extremitatea stângă a hilului.

În ceea ce privește volumul arterelor trebuie să notăm că în ambele cazuri cele două artere (artera hepatică proprie și artera hepatică accesorie dreaptă) erau sensibil egale de volum. Arterele cistice egale ca volum într'unul din cazuri; arătau o preponderență a ramurii cistice născute din artera hepatică accesorie dreaptă în al doilea caz.

La unul din cele două cazuri, disecția completă făcută, ne-a arătat și prezența unei alte anomalii vasculare și anume: vinele utero-ovariene drepte se varsă în vâna renală dreaptă — în loc de vâna cavă inferioară —; iar artera utero-ovariană dreaptă (similară spermaticeii) lipsea complet dela locul ei de origină (aorta abdominală), ovarul din partea dreaptă primindu-și vascularizația arterială din artera hipogastrică.

Explicația acestei ultime anomalii ne-ar putea fi dat de mecanismul dezvoltării. În timpul descinderii ovarului, artera utero-ovariană a suferit o întindere sau poate o îndoire. Necesitatea prevederii ovarului cu sânge a făcut ca artera hipogastrică, care și așa prezintă relații cu sfera genitală, să se pună în legătură secundară cu glanda sexuală; iar artera utero-ovariană s'a atrofiat și a dispărut complet.

În orice caz importanța anomaliilor de mai sus, în afară de raritatea și multiplicitatea lor, constă în posibilitățile de interpretare, pe care le dă dispoziția vaselor ovariene drepte. De notat pentru completarea ansamblului că vasele ovariene stângi se prezentau cu dispozițiunea lor obișnuită.

2. Prof. Titu Vasiliu și Dr. I. Roman: Carcinom al laringelui (107 A.)

Cazul pe care îl prezentăm, un bărbat de 62 ani, a fost interioat în Clinica O. R. L. la 2/XII 1943 unde s'a diagnosticat un carcinom laringian. Din cauza fenomenelor grave de dispnee i s'a făcut o traheotomie. Nu insistăm asupra datelor clinice, amintim doar că în ultimele zile având simptome de suferință pulmonară, este examinat la Clinica Medicală unde se bănuște că ar fi vorba de metastaze pulmonare a carcinomului laringian. Sucombă în 12/II 1944 cu diagnosticul de cancer laringian.

La autopsie s'a găsit o bronhopneumonie, nu s'au găsit metastaze carcinomatoase în niciun organ. La nivelul laringelui s'au găsit leziuni foarte interesante și care iasă din comun prin faptul că nu seamănă cu aspectul obișnuit al tumorilor laringiene. Acestea, fie că sunt maligne, fie că sunt benigne, se prezintă de obicei ca tumori vegetante, mai mult sau mai puțin limitate, uneori infiltrative, de multe ori ulcerate, modificând mucoasa laringelui și de obicei proeminând în cavitate. Cazul nostru prezentat nu arată nimic din aceste leziuni. Se vede doar o îngroșare difuză și o paliditate a mucoasei laringiene, o îngroșare și o retracțiune a corzilor vocale și în deosebi o îngroșare a regiunii posterioare a aritenozilor. Peretele este dur, chiar pe secțiune nu se văd mase carcinomatoase caracteristice. În fața acestui tablou s'a ezitat chiar să se pună diagnosticul de tumoră laringiană, bineînțeles fără a o exclude.

Examenul histologic a adus o clarificare a cazului care și din acest punct de vedere prezintă particularitățile lui. În secțiunile făcute prin corzile vocale îngroșate și prin mucoasa de aco-

perire a regiunii aritenoidiene se vede o hiperplazie considerabilă glandulară, aproape totalitatea țesutului fiind formată din glande cu celule cilindrice și cari prezintă nucleii pe alocuri chiar și cartilagiul, înlocuindu-l. La puține glande, membrana bazală este ruptă, observându-se o pătrundere a celulelor în țesutul din jur, unele din ele prezentând chiar kariokineze atipice. Este vorba deci de o hiperplazie adenomatoasă cu oarecare caractere de malignitate.

Adenomele și adenocarcinoamele laringiene sunt tumori foarte rare, fiind descrise puține cazuri în literatură și mai ales sub această formă macroscopică ca în cazul de față, ca o infiltrație difuză a întregului perete laringian.

3. Prof. Titu Vasiliu: Hamartoamele ficatului. Cavernoame și teleangiectazia difuză generalizată a ficatului sub aspectul unei ciroze hepatice (110 I. A. P.).

Acest caz care s'a prezentat ca o ciroză cu ascită și circulație colaterală, ne arată o față interesantă a patologiei ficatului. Anatomo-patologic este un ficat mare pentru vârsta de 8 ani, proeminând în abdomen sub coastele false. Pe suprafață, în lobul stâng, se observă pete hemoragice, însă proeminente alternând cu pete gălbui. Lobul drept este mai galben la suprafață fără aceste pete. Nu este aspectul unui ficat cardiac. Un nodul ca un bob de porumb gălbui, ca restul parenchimului, ne facem să credem un adenom net.

Histologic o structură de ficat puțin modificată. Cordoanele celulare sunt despărțite de capilare mari, cu sânge și leucocite. Trabeculele ficatului fac impresia că sunt izolate, lobulul ne mai având forma lui strânsă în jurul arterei centrolobulare. Nodulul galben este ficat cu o structură mai aproape de normal. Este deci o teleangiectazie și un ficat cu o structură mai aproape de cea embrionară.

Autorii au descris aceste ficate într-o categorie numită *Teleangiectazie difuză*, alături de *angioamele cavernoase, cavernoame*, care altădată erau considerate ca adevărate tumori vasculare. Astăzi toți autorii sunt de acord ca aceste forme să fie încadrate în *Hamartoame*, adică turburări de dezvoltare, lipse în dezvoltare. Este interesant că aceste hamartoame ale ficatului, probabil sunt mai numeroase și se asociază cu insuficiența hepatică și mai cu seamă cu ascita, ca în cazul prezentat. Explicarea morții este dificilă, pentru că parenchimul nu este prea alterat ca să explice singur cauza insuficienței hepatice, judecând după forma și structura microscopică a celulelor hepatice.

4. Prof. Titu Vasiliu și Conf. Dr. Zeno Borza: Tuberculoză cazeoasă a măduvei spinării (122 I. A. P.).

Se relatează observațiunea bolnavului T. P. în vârstă de 19 ani, elev la școala tehnică aero din Mediaș. În antecedentele personale se constată că bolnavul a fost în tot timpul copilăriei foarte debil. La vârsta de 10 ani a suferit de rujeolă. În anu 1940 a fost operat de apendicită. A suferit în repetate rânduri de gripă și de amigdalită.

Boala actuală a debutat insidios în vara anului 1943 cu dureri la nivelul testicolului drept, însoțite de o senzație de tensiune în regiunea perineală. Bolnavul era nevoit să urineze în timpul nopții de mai multe ori. La scurt timp după aceea prezintă dureri și o senzație de slăbire a membrilor inferioare. Aceste fenomene s'au accentuat din ce în ce mai mult. Bolnavul consultă un medic, care-i stabilește diagnosticul de reumatism cronic. Urmează un tratament adecvat, fără să observe însă nicio ameliorare.

Din luna Octombrie a celui an membrele inferioare i-au slăbit foarte mult, astfel încât obosea complet după 1-2 ore de stat în picioare. În același timp prezintă și hamaturie. Testicolul stâng s'a tumefiat și constată aparițiunea unei fistule la nivelul

burselor din partea dreaptă. În această stare este internat într'un spital militar în ziua de 14 Ianuarie 1944.

Slăbirea membrelor inferioare a progresat repede, astfel încât bolnavul a fost în imposibilitate să facă vreo mișcare. A prezentat incontinență de fecale și urină. Membrile inferioare și întreagă regiunea abdominală și lombară au devenit insensibile. Din cauza decubitului face escare sacrate multiple. În această stare este transportat în serviciul Clinicei Chirurgicale (Spit. Z I. 485).

La examinare se constată: Temp. 38,5 Puls filiform, 90 pe minut. Tegumentele palide. Ganglionii se palpează fiind mici și duri.

Examen local. Testicolul stâng foarte mult mărit de volum, este aderent de scrot, care este foarte infiltrat. În partea posterioară și superioară a scrotului drept se constată prezența unei fistule, prin care se evacuează un puroi seros-grunzos. Conturul epididimului nu se poate palpa din cauză că totul este prins într'un bloc infiltrativ. La tușeul rectal ambii lobi ai prostatei sunt măriți, prezentând infiltrațiuni cu zone de ramolisment. Văziculele seminale sunt palpabile și sensibile.

Examen neurologic. Bolnavul prezintă o *paraplegie flască* totală, cu hipotonie musculară pronunțată și amiotrofie considerabilă. Reflexele osteo-tendinoase și cutanate sunt abolite. Babinski pozitiv. Anestezia este completă sub o linie transversală ce trece imediat dedesubtul mamelonului. Turburările trofice sunt extrem de pronunțate. Astfel bolnavul prezintă escare sacrate. La nivelul regiunilor cu proeminențe osoase (ischion, trocanter etc.) prezintă de asemenea escare, cu supurațiuni ce decolează profund masele musculare. În ultimul timp au apărut și escare la nivelul prepuțului. Membrile inferioare (în special cel stâng sunt tumefiate, edemate).

La examenul urinii se constată: albumină și puroi pozitiv) În sediment hematii și cilindri hialini.

Examenul lichidului cefalo-rachidian (extras prin puncție lombară) arată o disociație albumino citologică cu o hiperalbuminoză și o limfocitoză moderată.

Bolnavul a evoluat cu ascensiuni termice cu caracter septic, starea sa agravându-se din ce în ce mai mult. În stare septică, fiind complet cașectic, sucombă în ziua de 4/III 1944.

În fața acestui tablou, diagnosticul nostru clinic a înclinat spre o afecțiune *mielitică*, dat fiind caracterul flasc al paraplegiei cu absența reflexelor și durerilor nevritice inițiale evoluțiunii boalei, care se întâlnesc de obicei în paraplegiile provocate prin compresiune medulară. Tulburările trofice extinse, precum și lipsa oricărui semn de leziune osoasă la examenul radiografic al coloanei vertebrale, au fost de asemenea indici prețioase cari ne-au permis să perseverăm în menținerea acestui diagnostic. Diagnosticul etiologic s'a impus dela primul moment, datorită prezenței leziunilor de orhi-epididimită și prostatită tuberculoasă coexistente.

La autopsie se constată: o tuberculoză miliară a plămânului, fără leziuni nodulare vechi primare. În prostată sunt leziuni nodulare cazeoase întinse cu prinderea veziculelor seminale. În măduvă se găsește o tuberculoză cazeoasă care cuprinde întreaga măduvă albă și cenușie la nivelul primelor segmente dorsale. Este o leziune transversă mädulară care explică atât paraplegia flască, cât și escarele mari neobișnuite.

Este interesantă patogeniza și înălțuirea fenomenelor. Pe unde a intrat tuberculoza? Probabil tot pulmonar, dar nu s'a găsit afectul primar, care a fost mic poate. În epoca numită secundară s'a făcut o diseminare în organele genitale și în măduvă, concomitent sau în etape. În epoca de pubertate, deci cu patru-cinci ani înainte, s'ar fi putut face această dublă diseminare. Ambele au fost tuberculoze cu evoluție lentă nodulară, numai în ultimul timp făcându-se diseminarea pulmonară militară. Rapor-

turile leziunilor cu starea de alergii a corpului nu pot fi exact precizate.

Aceste tuberculoze ale măduvii sunt cazuri rare, noduli cazeoși apărând mai des în creier.

5. Prof. Titu Vasiliu și Dr. V. Dahnovici: **Asupra unui caz autopsiat de trichinoză (134 A.) (S. P.).**

Un bolnav de 15 ani, ucenic lăcătuș, intrat în Cl. Medicală II (Prof. I. Goia) în 16/II 1944 și sucombat în 23/II 1944.

Date clinice. Antecedentele heredo-colaterale sunt lipsite de importanță. Antecedentele personale: bolnavul a suferit de pojar la vârsta de 5 ani. Boala actuală datează de 4 săptămâni când a debutat brusc cu cefalee și dureri la nivelul membrelor superioare și inferioare, temperatură de 37 grade și dureri în regiunile lombare. Nu a avut dureri articulare. După o săptămână de boală apare o ușoară tumefacție a membrelor inferioare dela genunchi în jos. Durerile musculare se accentuează, temperatura se menține și transpiră abundent. După două săptămâni este internat în secția bolilor infecțioase din Sibiu. Apar edeme palpebrale, mai ales în dreapta, edeme la membrele inferioare și în regiunile lombare. Musculatura este contractată așa, încât membrele bolnavului sunt în semiflexiune. R. W. negativă, leucocitoză: 12.000. R. Widal și Weil-Felix negative. În urină puțină albumină, proba de puroi negativă.

Autopsia Cadavrul unui copil de statură înaltă, cu tegumentele palide, cu membrul inferior stâng în contractură petică. Tesutul celular subcutanat slab dezvoltat.

La deschiderea cavității toracice se constată aderențe ale plămânului drept și lichid în cavitatea pleurală (aprox. 100 cc). Lichidul este ușor hemoragic. Pleura este puțin îngroșată, iar prin transparența ei se observă zone de hemoragii mici punctiforme mai ales la nivelul lobului mijlociu. Lobul inferior este mai dur, de culoare roșie închisă. Pe secțiune se scurge un lichid sangvinolent, aerat. Plămânul stâng este liber în cavitatea pleurală și prezintă condensarea lobului inferior. La secțiune parenchimul este condensat și la presiune se scurge din el un lichid sangvinolent.

Inima. În sacul pericardic se găsesc aprox. 200 cc. lichid serocitrin. Pe fața anterioară a inimii pericardul visceral prezintă câteva plăci lăptoase. Inima pe secțiune prezintă o musculatură de culoare cărni fierte. Cavitatea ventriculului stâng este mărită. Orificiile atrio-ventriculare nu prezintă nimic patologic. La deschiderea aortei și pulmonare valvulele sunt normale. Inima vaselor este lucioasă.

Ficatul mărit de volum este de culoare galbenă. Pe secțiune parenchimul este infiltrat foarte bogat cu grăsime.

Pancreasul prezintă oarecare mărire a volumului. Pe secțiune macroscopic nu se observă nimic patologic.

Splina ușor mărită de culoare roșie brună. Pe secțiune parenchimul prezintă foliculi foarte măriți, fiind aproape conglomerati.

Rinichii. Capsulele suprarenale sunt foarte mărite, cu o medulară ușor îngroșată. Rinichii prezintă o corticală mărită de culoare gălbuie.

Controlând macroscopic musculatura periferică, la nivelul biopsiei (mușchiul biceps) n'am găsit niciun nodul de trichină vizibil cu lupa chiar.

Examenul citologic al lichidului pericardic: După centrifugare în sediment am găsit celule limfocitare, câteva hematii. Nu s'a găsit parazitul.

Diagnostic anatomo-patologic: Trichinoza mușchilor diafragmei și gambei. Intumescența ficatului cu degenerescență grasă. Intumescența splinei.

Leziunile anatomo-patologice sunt asemănătoare cu ale unei infecțiuni generale, cu alterații mari ale miocardului și ale ficatului, la examenul histopatologic. Patogeneza se explică prin o

toxina trichinotică, deși nu s'a putut proba existența unor anumite toxine parazitare. De aceea se impune interpretarea bolii ca o *alergie* produsă față de substanțele albuminoase parazitare, unde eozinofilia este unul din caracterele principale. Durerile reumatice mari, contracturile sunt astfel de fenomene. Prezența intactă a substanței mădule a capsulelor suprarenale nu poate confirma hipoglicemia ca fiind datorată unei alterații a capsulelor suprarenale.

*

ASOCIAȚIA INTERNILOR ȘI EXTERNILOR

Sedința VII-a din 26 Mai 1944

Prezidează: Intern JECU AVRAM

1. *Int. Dr. Coroianu Victor: Legile vieții-Ereditatea.*

Problema are importanță biologică și biopolitică. În cadrul biologiei aceste legi condiționează: viața și evoluția speciilor. Prof. Moldovanu, enunță următoarele legi: a) eredității, a variației, a diferențierii și integrării, a echilibrului dinamic, a ireversibilității, evoluției și a specializării, a echilibrului dinamic, a ireversibilității, evoluției și a specializării progresive. Variația ia naștere prin influența mediului extern și prin mutații (De Vries). Legea diferențierii și integrării asigură armonia funcțiunilor, iar echilibrul dinamic condiționează selecțiunea, erarhizarea și adaptarea. Legea ireversibilității: nicio modificare produsă nu mai regresează, iar a specializării progresive dezvoltă prin ortogeneză organe pentru anumite funcțiuni.

Ereditatea condiționează: perpetuarea speciilor și transmiterea caracterelor sănătoase sau morbide. Mecanismul e neelucidat, teoriile ducând la o concepție materialistă sau rasială. Legile lui Mendel explică teoretic transmiterea caracterelor prin cromozomi. Ereditatea duce la inegalitatea indivizilor: cei slab înzestrați predomină treptat, numeric pe cei superiori. Creșterea numărului de țarați ereditari (criminali, psihopați, infirmi, alcoolici) cere măsuri drastice eugenice. Națiunile superioare tind spre dispariție datorită: hibridărilor, înnoierii, tradiției, caracterelor etnice și de superioritate biologică.

2. *Internă Dr. Săbăduș Valeria: Microscopul cu electroni.*

E vorba de un microscop care în loc de lentilele obișnuite de cuarț întrebuințează lentile magnetice și electromagnetice, iar în loc de razele de lumină, raze catodice emise de un tub Röntgen. Imaginile formate se pot fotografia. Acest microscop a dat rezultate mai ales în studiul structurii metalelor. În medicină s'au putut studia bacteriofagul, s'a încercat fotografierea virusurilor.

3. *Ext. Iuga Floira: Un caz de nefrită acută.*

Este vorba de un bolnav de 14 ani cu angine și amigdalite repetate în antecedente. Se internează în clinică pentru: oedeme ale feței, mâinilor, gambelor și o paliditate pronunțată a tegumentelor. La examenul O. R. L. se constată: amigdalită cronică, hipertrofică și rinită cronică atrofică. Obiectiv se constată: T. art. 17-11 (Rc.) albuminurie intens pozitivă, puroi, zahăr, negativ. În sedimentul urinar: multe hematii decolorate. Azot: 0,85 gr. $\%$ ₁₀₀. Radiologic: cord mărit global. Conduita terapeutică urmată a fost: a) extirparea focarului infecțios amigdalian și b) tratamentul leziunii organice prin: repaos, regim sec declorurat și calciu clorat, diuretică, ceea ce a dus la ameliorarea bolnavului.

Intern Jecu Avram, insistă că în cazuri de Nefrite acute ce rezistă la tratamentul enunțat se poate face un tratament cu doze mici de sulfamide. Autorii elvețieni au obținut astfel o ameliorare evidentă.

4. *Ext. Iureș Teodor: Două cazuri de peritonită bacilară.*

E vorba de doi bolnavi de 18 ani ce se internează în clinică pentru: dureri abdominale difuze, senzația de balonare, ghioarărituri, scaune neregulate (normale și diareice). Obiectiv se constată: rezistențe tumorale în întreg abdomenul. Radiologic: peristaltismul intestinal încetinit, stază duodenală la genunchiul inferior. Având în vedere, după Ramond: a) Reacțiunea peritoneală; b) Evoluția cronică; c) Starea generală relativă; d) Vârsta de adolescent; se pune diagnosticul de Peritonită bacilară. Se încadrează în forma cronică, iar anatomo-patologic în forma fibro-caseoasă.

În urma tratamentului constituit: Regim alimentar, tonice generale calciu clorat, antispasmodice și sedințe de guar, pe peretele abdominal. Bolnavii părăsesc clinica restabiliți și reconfortați.

5. *Drd. Birtoloni Florin: Un caz de artrită gonococică.*

E vorba de un bolnav de 23 ani, internat în clinică pentru tumefierea genunchiului stâng, dureri mari la același nivel, jenă în mișcări, febră ridicată și frison. La examenul obiectiv, genunchiul tumefiat, țesutul învecinat împăstă, pielea roșie edemătiată, căldură locală. La puncția intraarticulară se scoate un lichid purulent. În sediment polinuclear. Urina prezintă albumină și puroi pozitiv. Într-un cânt din antecedente reiese o gonoree, se face frotiu din uretră unde se găsesc gonococi. Radiologic, articulația normală. Dg. dif. cu: hidrartroză traumatică, hidrartroză sifilitică, reumatismală și tuberculoasă. Tratament: Puncție articulară evacuatorie, repaus, comprese reci, eleudron și vaccin antigonococic.

Sedința VI-a din 10 Aprilie 1944

Prezidează: Intern JECU AVRAM

1. *Intern Jecu Avram: Neam și Destin.*

Prin conviețuirea de milenii pe un același teritoriu a tuturor strămoșilor și prin înrudirea continuă între ei, s'a ajuns la crearea unei unități etnobiologice distincte „*Națiunea*”, prin care înțelegem totalitatea indivizilor de aceeași origine etnică, ce trăiesc în prezent organizați într-un stat.

Noi avem o noțiune mult mai corespunzătoare decât prima, „*Neamul*”, care este după d-l prof. Moldovanu: O comunitate de Sânge, Spațiu, Tradiție și Destin. În sânul neamului nostru se cuprind toți cei ce dela începutul istoriei, în prezent, sau în viitor, s'au născut s'au se vor naște Români.

Destinul rezultă din interacțiunea — Ereditate (Sânge și Tradiție) și mediu (Spațiu). Pentru asigurarea unui Destin trebuiesc respectate părțile de bază ale Neamului. Prin combaterea mortalității infantile și aplicarea principiilor eugenice și demografice se va tinde la înmulțirea generațiilor viitoare și la păstrarea curată a Sângelui. Prin cultivarea și întărirea Tradiției se va urmări crearea unei unități de gândire și sacrificiu din partea tuturor Românilor.

Deci: Un număr cât mai mare de Români, uniți și gata de orice Jertfă.

2. *Intern Morariu Liviu: Concepțiuni noi în tratamentul nefritelor.*

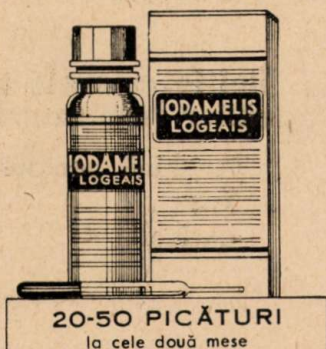
În caz de oligurie sau anurie, de cel mult 48 ore, se încearcă de-a rupe obstacolul renal prin administrarea deodată a unei mari cantități de lichide (Wasserstoss) după propunerea lui Volhard. Se administrează pe nemâncate 1 1/2 litri lichid. În caz de insuficiență cardiacă se administrează strofantină i. v. În caz de insucces se poate repeta cu câte o zi pauză. Explicația acestei metode ar fi formarea unui baraj funcțional la nivelul glomerulului, învins prin Wasserstoss. Contraindicații: hipertensiune, insuficiență cardiacă pronunțată, oedeme, tendință la eclampsie.

IODAMELIS

LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

*O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE*



MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



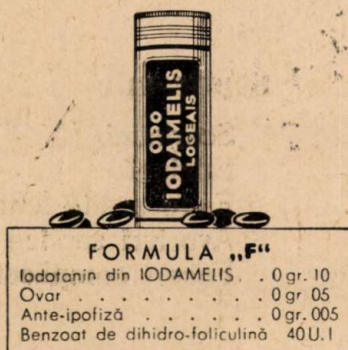
OPO-IODAMELIS

LOGEAIS

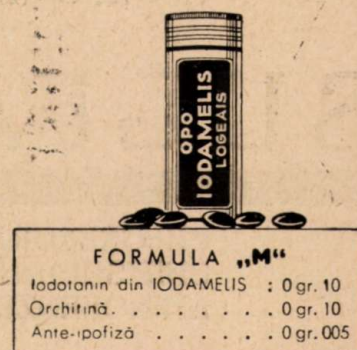
DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE



In comprimate drageificate



Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD” S. A. R. — București I, Str. Sf. Ionică No. 8



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonare

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicat

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

3 *Intern Val. Ionescu-Comes, externi M. Ghița și O. Perhaiță, fac Considerațiuni asupra unui caz de nefroză lipoidică.*

După ce fac considerațiuni asupra etiologiei, patogenezei, simptomelor și tratamentului nefrozei lipoidice, se expune cazul unui bărbat de 23 ani suferind de această afecțiune, internat la Serv. Medical, Spitalul Public. Se insistă, în special asupra tratamentului cu extrase tiroidiene, care fac să regreseze rapid simptomele nefrozei. În cazul observat, evoluția bolii a fost spre scleroză renală, ca și în general.

4. *Drd. Nicolae Horincaru: Allergometria în tuberculoza copiilor.*

După Grörallergia ar fi un proces biologic datorită influenței reciproce dintre organismul expus la acțiunea allergenului și allergenul însuși. Este deci un proces dinamic condiționat de 2 factori: sensibilitatea individului la alergie (S) și puterea lui de reacție față de acesta (R) Allergometria folosește două reacții intracutate cu diluții diferite de tuberculină. Se citește rezultatul din suprafața reacțiilor, care exprimă intensitatea acestora. Reacțiile pot fi Homo sau Heterodinamice după cum sunt sau nu proporționale cu cantitatea de tuberculină întrebuințată. Reacțiile Heterodinamice pot fi: Pleoestezice (predomină sensibilitatea — S) sau Pleoergice (puterea de reacție e mai mare — R). Interpretarea rezultatelor se face: 1. R. pleoergic exclude procesul t. b. c. activ. 2. Reacția pleoestezică introduce noțiunea de proces biologic de t. b. c. 3. Allergometria are importanță prognostică: Pleoestezia adâncită, prognosticul este rău, dacă scade, prognosticul este bun. 4. Alergometria permite selecționarea dintre copii cu t. b. c., asimptomatică a celor ce au nevoie de tratament.

5. *Drd. Beierlein Ion: Encefalografia în suferința sistemului nervos central la copii.* Encefalografia introdusă în pediatrie de Mader și Knöpfelmacher, continuată de Brehme și Popovici, este introducerea pe cale lombară de aer (10—30 c.) pentru

a face evidente radiologic spațiile purtătoare de lichid cefalorachidian. Pe 150 cazuri encefalografiate în Clinica Infantilă Cluj—Sibiu, nu s'au observat decât fenomene de iritație parasimpatică și meningeală trecătoare, de loc accidente grave. Metoda a dat rezultate de diagnostic în: Hidrocefalie congenitală (localizarea procesului), meningită epidemică (rol și în tratamentul formelor adese), meningită t. b. c. Encefalogrammele au fost variate în: encefalo-letargică, paralizie cerebrală, idioție, mongolism. S'au putut deosebi în epilepsie forma genuină și forma peristatică. Efectivoterapeutic s'a obținut în meningita meningococică, epilepsie, mai puțin în hidrocefalie și stările postencefalitice.

6. *Intern Emil și Grigorie Gherman, Extern Ioan Zăgreanu: Trei cazuri de tumori renale.* E vorba de trei bolnavi care în antecedente au prezentat hematurii spontane, capricioase, abundente. La examenul cistoscopic în toate trei cazurile, în stg. nu s'a observat eliminare de colorant. Pielografic se obțin imagini caracteristice de tumori renale stg. În tabloul sangvin la toate trei cazurile eosinofilie discretă (5—6%).

Se prezintă piesele de nefrectomie. La examenul histopatologic al acestor piese se constată că e vorba de *adenofibrom renal, o tumoră renală epitelială necrosată și un carcinom papilar renal*. Se prezintă două planșe originale reprezentând felul în care metastazează tumorile renale maligne și imaginile pielografice ce se obțin în tumori renale.

La sfârșit a luat cuvântul d-l Prof. Dr. Popovici, arătând importanța mortalității infantile la noi. Insistă asupra necesității ca studenții să lucreze în clinici în cadrul Internatului și Externatului.

D-l Rector Prof. Dr. Iuliu Hațieganu își exprimă convingerea că tineretul universitar va fi tot atât de activ și pe teren, la țară, așa cum a arătat că poate fi pe terenul preocupărilor științifice. Crede că acest tineret va ști să se afirme prin spiritul de jertfă atât de necesar în vremurile de astăzi.

Revista cărților

Manual de Obstetrică — Teoretică și Clinică, cu 257 figuri în text și 7 planșe colorate. Vol. I, de *Prof. Dr. Marius Georgescu*: un volum de 432 pagini. Editura Socec. & S. A. R. București, 1942.

Învățămintul Obstetrical românesc a inaugurat întâia lucrare temeinică, științifică — pe ogorul cunoștințelor obstetricale, prin lucrarea Profesorului Dr. Marius Georgescu.

Intocmirea unui tratat medical, care să întrunească toate pretențiile celor care o consultă necesită o muncă grea, oboitoare, plină cu griji mai ales în timpurile și împrejurările neprielnice în care a luat ființă această lucrare. *Manualul de obstetrică a Profesorului Marius Georgescu umple un gol nebănuț în galeria cărților didactice românești.* Un îndreptar în cunoștințele Obstetricale era o mare necesitate deopotrivă pentru obstetrician, medic și student.

Lipsa totală a cărților didactice străine — și în același timp posibilitatea de a avea în limba maternă o carte didactică cu orientări precise și clar interpretate — aduce foloase extrem de prețioase întru salvarea mamelor și a copiilor, acel capital biologic a națiunii, spre care trebuie să se îndrepte atenția tuturor și mai ales acelora cari pot să-și ofere contribuția lor, pentru a înlocui măcar în parte enormele, pierderi umane suferite în ultimii ani.

În manualul de Obstetrică teoretică și clinică Volumul I, găsim descrise toate capitolele fiziologiei obstetricale, o punere la punct a celor mai noi cercetări în domeniul specialității obstetricale.

Are o notă originală prin structura repartizarea materialului — care face posibil medicului și studentului să se orienteze ușor și temeinic, asupra problemelor care tind la salvarea mamei și a copilului.

De remarcat sunt în special capitolele asupra fiziologiei uterului gravid, fiziologia nervoasă a uterului, metabolismul bazal în sarcină, modificările fiziologice ale diferitelor aparate și sisteme, ciclul menstrual, problema determinării sexuale, funcțiunile hormonale ale placentei, diagnosticul biologic al sarcinei, radiologia în obstetrică, igiena sarcinei, profilaxia unor turburări și infecțiuni ale sarcinei, studiul contracțiilor uterine în timpul nașterii, leuzia imediată, apoi fiziologia lactației, problema vitaminelor etc.

Pe lângă aceste capitole, care redau toate cercetările prin prizma noilor constatări — manualul obstetrical trece în revistă, toate capitolele obstetricei fiziologice, începând cu istoricul și evoluția științei obstetricale, continuând cu studiul bazinului osos, anatomia uterului, noțiuni de embriologie.

Sarcina fiziologică sau normală cu tehnica de examinare clinică a gravidei este în amănunt interpretată și completă cu toate procedeele de examinare, clinică, röntgen, reacții biologice, măsurătoare externă și internă.

Situația și atitudinea fătului în raport cu uterul și cu bazinul constituie o redare foarte fidelă și ușor de înțeles în toate amănunțele acestor cunoștințe.

Fenomenele generale ale nașterii normale, ca mecanismul, perioadele și conduita medicului, care asistă actul facerii, constituie un capitol a căror importanță autorul o subliniază prin explicarea și descrierea tuturor noțiunilor actului de naștere.

În leuzia fiziologică se remarcă noțiuni noi ale autorului nedescrise până acuma, deși observate și constatate, deci are particularitatea de a da noțiuni utile și indispensabile celor care vor recurge la izvorul acestui tratat de specialitate.

În capitolul despre noul-născut evidențiază foarte justificat cât de necesar este ca obstetricianul să fie în curent cu noțiunile de puiericultură.

Manualul de obstetrică se termină cu capitolul de „Noțiuni de obstetrică socială” din care reiese că problema socială în obstetrică se impune tot mai mult.

Textul lucrării este ilustrat prin 257 figuri și 7 planșe colorate cu ajutorul cărora autorul dă explicațiile cuvenite pentru a înțelege astfel mai ușor textul de sigur destul de complicat, ce se întâlnește în arta obstetricală.

Deosebitul merit al autorului în redactarea lucrării sale este faptul de a pune temelia — atât de mult așteptată unei terminologii obstetricale românești. În lipsa acestei terminologii, care de sigur la frământat mult, a găsit modalitatea și forma unor expresiuni foarte potrivite și bine interpretate și precum spune D-sa „mai presus de orice, lucrarea vrea să fie obstetrică românească”.

Competența autorului cu mare reputație a obstetricianului cuvenit, a omului de știință care timp de 25 ani a muncit necontenit pe ogorul științei medicale românești ne oferă prin manualele de obstetrică o operă neprețuită, care va servi ca un izvor nesecat reforma învățământului obstetrical românesc.

Galeria cărților didactice medicale românești, înregistrează cu multă bucurie și mândrie opera Profesorului Marius Georgescu. Ea fiind o contribuție pe cât de frumoasă, atât de valoroasă, utilă și practică, pentru care tineretul medical românesc nu poate să arete decât cea mai desăvârșită recunoștință pentru autor.

Prof. Dr. Traian Popoviciu.

Biologie teoretică de Conf. Dr. Victor Preda. — Editura H. Welther. Sibiu, 1944.

Când am pus mâna pe cartea d-lui Conf. Preda în vederea recensiei ce îmi propuseseam a i-o face, am crezut că spicuind într'un material cunoscut mie, să-mi pot îndeplini intenția rapid și ușor.

Dar recunosc, m'am înșelat. Cu cât parcurgeam rândurile cu atât se răscoleau în mine plăceri și pasiuni de gânditor și cercetător prin ideile personale, pe care Dr. Preda le oferea, ca și prin sistemul și angrenarea logică a ideilor pe care le expunea. Plăcere și interes în parcurgerea unui material extrem de instructiv prin abundența datelor și bogăția ideilor, iată ce am simțit încă dela început.

Biologia, această știință a vieții, definită mai modern în cartea Doctorului Preda ca „un studiu a condițiilor tangibile a fenomenelor vitale”, apare așa de complexă, încât nu trebuie să ne mirăm de multiplicitatea și diversitatea teoriilor, ideilor și acumulărilor de fapte, care caută să explice fenomenele vitale, esența acestui studiu. Dela ideile pur filosofice, la cele mai moderne și revoluționare emise de biologii secolului trecut: *Lamarck*, *Darvin*, *Haeckel* până la cei ai secolului nostru: *Loebe*, *De Vries*, *Osborne*,

Bergson, *Morgan*, *Vialleton*, toți au încercat să rezolve, chiar și parțial întrebări care îi chinuiau. Ce e viața? De unde a venit ea? Cum s'a format? Cum au apărut speciile? Dar omul? Atâți autori atâtea răspunsuri; toate prezumpțioase, fiecare conținând poate o parte de adevăr.

Unele din ele, ca lamarckismul și darvinismul au făcut epocă fiind considerate ca dogme în biologie și deci „*tabu*”. S'au văzut însă erori, unele din ele sesizate chiar de autori și modificate în parte, ca de exemplu „*Selecțiunea sexuală*” a lui *Darvin*; altele modificate treptat de noile școli apărute. Între teoriile fixiste emise de *Linné*, *Cuvier* și cele transformiste numite și evoluționiste emise de *Lamarck* și *Darvin*, ultimele au prevalat. Conflictele de idei au survenit însă când s'a putut pătrunde din ce în ce în mecanismele substanței vii și când fapte de observații acumulate, nu puteau verifica teoriile existente. Incontestabil că evoluția constituie o realitate, totul evoluează nimic nu rămâne în aceeași stare; problema care s'a pus fiind însă modalitatea și cauza acestei evoluții. Pe când unii ca *Loeb*, *E. du Bois Reymond*, *Osborn* nu văd în fenomenele vitale decât acte fizico-chimice, viața și evoluția ei neapărând decât ca o consecință, pentru alții ca: *Dalbies*, *H. Driesch*, etc. viața din contra constă în imanența acțiunii și în preordonarea fenomenelor vitale. Mecaniciștii primii, vitaliștii ceilalți au a se înfrunța cu argumente contradictorii. Între organic și anorganic pentru mecaniciști nu este decât o separație pur arbitrară, viața ne constituind decât o complexitate a materiei. Pentru vitaliști viața departe de a constitui un aranjament structural a materiei, recurge dintr'o esență cu totul specială, care nu are nimic comun cu legile lumii organice. Fenomenele vitale se găsesc sub dependența unei forțe imateriale, „*forța vitală*” — „*elan vital*” — „*principiu vital*”. Viața are un scop, o finalitate, argument aspru combătut de mecaniciști, care-l consideră ca un concept pur antropomorfic. Un nou curent, curentul „*neovitalist*” prin noi probe de ordin ideativ și experimental caută să lămurească manifestările și modul de acțiune a principiului vital, completând lipsurile și precizând ideile școlii vitaliste.

D-l Conf. Preda, elev al Prof. Papilian, ce reprezintă școala Anatomo-Biologică a Facultății de medicină din Cluj este un convins neovitalist. Ideile lui reprezintă o gândire pe care mult timp și-a frământat-o și a înfirmat-o, sau și-a confirmat-o într'un institut în care studiul omului pleacă dela funcții, dela dinamic, deci dela viață și unde experimentele pe animale nu constituiau decât o necesitate în căutarea adevăratei interpretări a formei, expresia aceleiași manifestări a substanței vii. Anii de studii și de gândire în acest mediu a Doctorului Preda, problemele care l-au frământat tot timpul și-au găsit expresia în „*Tratatul de Biologie Teoretică*” recent apărut. În acest tratat, autorul nu numai că argumentează magistral teza vitalistă și neovitalistă, dar cernând totul prin propria sa gândire, vine cu idei cu totul personale cea mai caracteristică însușire a acestui tratat, care consacră pe conf. V. Preda ca un profund gânditor.

A defrișa vastul material biologic, atât de variat, de dispersat, de contradictoriu și încălțit și a reda clar, expunând concis ambele teze și reliefând ce au ele mai caracteristic într'o formă academică nu e un lucru ușor. Acest fapt greu de realizat constituie un alt merit al autorului.

Dar ceea ce valorifică mai mult în prima linie tratatul d-lui conf. V. Preda este punctul personal de vedere în haosul acesta biologic.

Plecând dela conceptul că viața reprezintă o problemă dinamică și nu una statică, autorul analizează pe rând toate ideile principale în studiul vieții și a evoluției ei, emise de cele două mari curente mecanist și vitalist, analizându-le în ce au ele mai caracteristic și evidențiindu-le erorile.

Principiul „*Cauzalității*” în producerea fenomenelor neîntinând seama și de existența „*Iraționalului*” nu poate explica și fenomene-

nele biologice, cauzalitatea neputând fi valorificată decât în studiul fenomenelor fizice. Prin noua teorie a quantelor, cauzalitatea a fost însă înlocuită în biologie prin conceptul „Nedeterminării”, ducând de aci la conceptul de „Totalitate” cu largi aplicări în biologie. Autorul își însușește acest punct de vedere fiind alături de Kötschau și Meyer după care principiile fizice cantice derivă din acele ale biologiei și nu invers. Intregul și nu părțile: cauzalitatea întregului condiționează deci fenomenele biologice și nu totalitatea părților. Această teorie denumită „Holism” sau „Teoria holistică” dela întreg-total explică fenomenele biologice pe principiu, *conduitei și regulei* sau a „Condiționalismului”, care domină toată lumea organică, spre deosebire de cea anorganică stăpânită numai de principiul cauzalității. Această concepție își găsește azi susținători în afară de Meyer și Kötschau pe Bertalanffy, Rotschuh, Haldane, Ueskiüll etc., fiecare aducând importante contribuții holismului, cum de exemplu ipoteza „organismică” a lui Bertalanffy după care organismul apare dela început ca organizat, nefiind numai o simplă îngrămădire de celule, ci din contră existând o ordine în succesiunea fenomenelor vitale, sau cea a „Bionomiei” lui Rotschuh, în baza căreia dezvoltarea organismului se face conform unui plan, unei ierarhii a fenomenelor vitale, și în absența scopului.

Afară de aceasta, o concepție psihovitalistă mai veche, edificată de Hering și Bleuler numită „Mnemism” vede coordonarea majorității fenomenelor biologice într-o „memorie celulară” teorie spune Dr. Preda admisibilă dar incompletă, memoria nefiind singura manifestare a forței vitale. Ea deci menținându-se, trebuie reîntregită într-un sistem mai larg, cel holist, sistem însă insuficient și el singur de a explica toate aspectele substanței vii.

De aceea d-l conf. V. Preda completând lipsurile, emite ideea unui „mnemo-holo-vitalism”, concepție pe care și-o bazează atribuind substanței vii „finalitate” conform unui plan, „memoria” și „obținerea” sau alegerea, singurele care pot să explice unitatea organico-dinamică, veșnică în devenire, și pe care autorul reușește a le impune printr-o argumentație și logică strânsă.

Așa dar, pentru autor, holo-mnemo-vitalismul singurul e capabil de a explica întreg aspectul materiei organizate. Plecând de

aci Dr. V. Preda caută să explice și condițiile de evoluție a viețuitoarelor ca și origina vieții. Teoria foarte sugestivă și bine documentată face pe autor un reprezentant emerit al școalei neovitaliste și în același timp un conciliator al spiritului materialist cu cel imaterialist căci „Transcendența vitală se impune ca o necesitate metafizică spiritului nostru”.

Prof. Velluda

Contribuțiuni la studiul imunității în infecția paludeană experimentală de prof. M. Ciucă, L. Ballif și M. Chelarescu. Arch. Roum. de Path. exper. et de Microb. București, 1944, p. 45—122.

Autorii fac un studiu amănunțit al imunității în infecția malarică experimentală, bazându-se pe datele culese asupra 41 indivizi imunizați.

Autorii au încercat de a imuniza contra paraziților paludismului și de a menține sub control dela 4—14 ani 41 paraliziei sau indivizi cu alte afecțiuni mentale. Acești bolnavi, după ce au beneficiat de avantajele malarioterapiei, au fost imunizați un anumit număr de ani prin inoculări succesiv repetate mai des cu sânge virulent, mai rar cu sporozoi. În timpul cercetărilor au fost utilizate fie una, fie mai multe tulpini de specii de plasmodiu la om.

Controlul duratei imunității comporta pe de o parte cercetarea parazitului în organism prin transfuzii la alți bolnavi, pe de altă parte prin „testul” eficacității acestei imunități prin o nouă inoculare de sânge virulent.

Rezultatele obținute pe cei 41 de bolnavi permit mai întâi concluzii de ordin experimental, cari confirmă observațiile maladiaghiștilor asupra imunității câștigate în regiunile cu mare endemicitate malarică. În aceste regiuni imunitatea este câștigată atât prin posibilitățile de infecțiune repetată cu diferite tulpini locale de paraziți, cât și prin prelungirea sezonului paludean.

Aceste 41 observațiuni vin apoi în sprijinul cercetărilor numeroase asupra imunității în paladismul experimental, executate mai ales în stațiunile de malarietrapie din Marea-Britanie, România și Statele Unite ale Americii.

Note și informațiuni

Cărți noi. A apărut în editura H. Welther-Siblu (str. Regina Maria Nr. 28), cartea cu titlul „Radio-diagnostic clinic” de prof. Dr. Dimitrie Negru, directorul Institutului de Radio-ogic dela Facultatea de Medicină Cluj-Siblu. Cartea are 612 pagini cu 591 figuri în text și 8 tabele. Prețul exemplarului legat în pânză Lei 7200.

Această lucrare constituie o admirabilă expunere a stărilor actuale a tuturor datelor de semiologie radiologică în toate ramurile medicinei, conținând în același timp și datele de anatomie și fiziologie radiologică. Este un manual didactic indispensabil pentru studenți și foarte util pentru medicii practicieni.

O recenzie detaliată a cărții va urma în numărul viitor al revistei.

In Mon. Oficial Nr. 167 din 20 Iulie 1944, s'a publicat legea pentru organizarea și funcționarea Colegiului farmacistilor.

Prin Decizie ministerială se aprobă înființarea unui subcentru antirabic, pe lângă secția de boale interne a spitalului de stat Făgăraș. Subcentrul va fi condus de Dr. Stroila Stancu, medic primar.

Spitalul de boale contagioase din Chișinău, evacuat la spitalul Central din Arad, se anexează ca secție de contagioși cu o capacitate de 100 paturi la acel spital, pentru timpul cât va fi evacuat.

In Mon. Oficial Nr. 181 din 5 Aug. 1944, s'a publicat decizia și tabloul medicilor cărora se acordă prime speciale de reședință de 10.000 și 15.000 lei lunar, medicilor care activează în mod meritoriu în regiuni cu nivel economic foarte scăzut sau în condițiuni dificile de serviciu.

Dr. Aurora Stolan, a fost numită provizorlu, în postul vacant de medic la clrc. Băcălniș, jud. Hunedoara. Dr. Pantos Nicolae, a fost numit provizorlu în postul

vacant de medic secundar la spitalul de stat Lugoj, serviciul psihiatrie. Dr. Ana Serpeanu, se transferă dela circ. Săgetaza-Buzău, în postul vacant de medic al circ. Rechetău jud. Cluj-Turda. D-na Dr. Tina Melania, se numește provizorlu medic la circ. Prigor, jud. Caraș. Dr. Agârbiceanu Tudor, se numește provizorlu până la concurs în postul vacant de medic secundar de laborator la Centrul de transfuzie și conservarea sângelui Siblu. Dr. Corolanu Victor, se numește provizorlu până la concurs medic secundar la spitalul public Siblu, serviciul II medical. Dr. Mangluca Achim a fost numit provizorlu medic al circ. Lita Română, jud. Cluj-Turda. Dr. Popescu Iolanda, a fost numită provizorlu medic al circ. Roșla, jud. Bihor. D-ra Dr. Relehrath Susana, a fost numită provizorlu medic al circ. Brestavăț, jud. Timiș. Dr. Petre Petrovici, se transferă medic secundar provizorlu la spitalul de copii Pr. Mircea Arad. Dr. Emil Rădulescu se numește prov. medic secundar la spitalul Central Arad, serv. dermato-venereice. Dr. Antonia Pantos Coliban, se numește prov. medic secundar la spitalul Lugoj, serv. medical. Dr. Iordache Vasile, a fost numit prov. medic al circ. Buceș, jud. Hunedoara. Dr. Adrian I. Aurel, medic secundar prin concurs, se transferă în postul vacant dela Spitalul de boli pulmonare Brașov. Dr. Teodor Mardare, a fost numit prov. medic al circ. Captalan, jud. Alba. Dr. Marin Bălu, a fost numit prov. medic al circ. Geoagiu de sus, jud. Alba. Dr. Drincu Octavian, a fost numit prov. medic al circ. Tăuți, jud. Arad. Dr. Gallea Gheorghe, a fost numit prov. până la concurs medic secundar la spital, Deva, serv. T. b. c. Dr. Ambruș Ilie și Dr. Rusu Victor au fost numiți provizorlu până la concurs medic secundari la Institutul

de Iglenă și sănătate publică Siblu. D-l Furnea Mircea, a fost numit prov. farmacist la Sanatorul T. b. c. Geoagiu-Hunedoara.

In Mon. Oficial Nr. 176 din 31 Iulie s'a publicat vacant postul de medic al circ. Intorsura-Buzău, jud. Brașov.

In Mon. Oficial Nr. 183 din 8 Aug. 1944, s'a publicat vacant postul de medic al circ. Răcăjdla, jud. Caraș.

Cererile se vor înalta în termen de 20 zile dela inserare în Monitor, Ministerului Sănătății.

Rectificare. În legătură cu articolul d-lor Dr. Emil Colbazi și Dr. Emil I. Bologa, publicat în revista noastră Nr. 8 din August 1944, pag. 361, strecurându-se câteva greșeli și omisiuni de cuvinte, se face cuvenita rectificare:

1. Titlul planșei Nr. 2 dela pag. 365 = se va citi *coapsă* în loc de *coastă*.

2. La pag. 363 rândul 17 se va citi = extragenitale sunt uneori urmate de un sifilis secundar *intens*.

La articolul d-lui Dr. I. Danileco și colaboratorii apărut în Nr. 8—1944 al revistei s'a strecurat o greșală de tipar în ultimul alineat al concluziilor. Corect este astfel: „Hormoterapia constituie un adjuvant prețios în tratamentul celor 3 faze din evoluția adenomului; ea pentru faza I-a și a II-a face posibilă temporizarea intervenției chirurgicale; pentru faza III-a face posibilă prepararea mai eficace pentru intervenția endoscopică sau eventual chirurgicală”.

Dizenteria — fantoma tuturor războaielor

devine mai puțin periculoasă prin aplicarea unei terapii adecuate.

Formele atoxice se înlătură imediat prin

Aplona

antidiareicul biologic pentru antisepsie intestinală.



Dieta de mere APLONA
combinată cu derivatele sulfamidice
împiedică constipațiile neplăcute,
permițând prin aceasta elimina-
rea tuturor germenilor toxici.

„Rhenania”, Kall-Chemie, A.G., Secția farmaceutică, Berlin-Niederschöneweide
Dep. pentru România: „Pharmag” S.A. Brașov, Strada Regina Maria No. 18

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 2000. Pentru autorități 2500 Lei.

Costul unui număr este 250 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 3 pagini de revistă. Costul tiparului peste 3 pagini va fi suportat de autor, 2000 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Contra
TUTUROR ALGIILOR VISCERALE
datorite spasmelor

Aparate
digestiv. pulmonar
circulatoriu. genito-urinar
căile biliare

PROPIVANE

clorhidrat de propil-fenil-acetat de dietilaminoetanol

DRAGELE DOZATE LA 0,10 gr. (flacon de 30)

FIOLE INJECTABILE DE 1 cc. SOLUȚIE DE 5%
(cutii cu 10)

SUPOZITORII DOZATE LA 0,10 gr. (cutii cu 10)

ANTISPASMODIC NETOXIC
tot atât de activ ca atropina

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
PROPAGANDĂ MEDICALĂ: „SPECIA” STR. ANASTASIE SIMU, 6 BUCUREȘTI III.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Organ Oficial al Facultății de Medicină din Cluj-Sibiu, Societății Științelor Medicale din Cluj-Sibiu
Inspectoratului General Sanitar Sibiu și al Colegiilor Medicilor din Inspectoratul General Sanitar Sibiu

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. A. Botez, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato,
Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr.
L. Daniello, Dr. I. Fabritius, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu
Prof. Dr. J. Guiart, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu,
Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr.
D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof.
Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Prof. Dr. Tr. Popovici,
Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția,
Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof.
Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1

Telefon 45



Inviorare intelectuală,
creșterea sentimentului de forță prin
acțiune hormonală fiziologică, prin

TESTOVIRON-T

Terapie hormonală
transcutanată

Cercetări experimentale și clinice au dovedit
că, întrebuițând o soluție potrivită, Testo-
viron-ul T este absorbit admirabil prin piele.

TESTOVIRON-T

Un ambalaj conține 50 mg
de hormon, mai mult deci
decât poate fi extras din
500 Kg. de testicul de taur.



Aplicațiunea transcutanată

de 2 ori 15 picături zilnic, timp de 1 săptămă-
mână are acelaș efect ca și administrarea
intra-musculară de 2 ori 5-10 mg. pe
săptămână.



SCHERING A.G. BERLIN

Codere, București, Str. Clemenceau 6,

Of. Reg. Com. 892/933.

BIOLACTYL

PREZENTARE: 1. Cultură lichidă (cutii cu 1 și 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 și 60 comprimate).

Indicațiuni Principale

Putrefacțiile intestinale și auto-intoxicațiile secundare

Toate enteritele, diareile infecțioase, tiflitele, peritiflitele și apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicații, amețeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc., și în sfârșit colibacilozele.

Indicațiuni Secundare

Afecțiuni ginecologice:

Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehoză sau nașteri grele. - Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuințare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecțiuni urologice: În cistite; instilațiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: În pansamente umede BIOLACTYL are o remarcabilă acțiune bactericidă și cicatrizantă.

Modul de întrebuințare :

CULTURA LICHIDĂ: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $\frac{1}{2}$ flacon înaintea celor două mese principale). **CULTURA USCATĂ:** 4—8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau apă zaharată, deoarece astfel dezvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES — PARIS

Eșantioane și Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTETIA” S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREȘTI III. Telefon 13815.



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia	cu	10 fiole
”	0,10/2	”	—	”	” 5 ”
”	0,50/5	”	—	”	” 3 ”
Tablete:	0,05			tubul	cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia	cu	3 fiole
”	0.005/1	”	—	”	” 6 ”
”	0,025/1	”	—	”	” 3 ”
Tablete:	0,003			tubul	cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia	cu	3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	”	”	6	1 ”
”	50.000 .U. I.	”	”	3	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27 **TELEFON: 4-22-44**

Preparatul de vitamină K

Hemodal

Indicat în cazurile de diminuare
a cantității de protrombină și
coagulare întârziată a sângelui

In melenă, hematemeză,
hemoragii ombilicale ale
nouilor născuți și
hemoragii intracraniene.

Ambalage originale :

Tuburi cu 20 tablete de 10 mgr.

Cutii cu 5 fiole de 1 cmc (10 mgr.)

» *Bayer* «



Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România :

„ROMIGEFA“ S.A.R. București, Str. Brezoianu 53

Telefon 6.01.80

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

SUMARUL:

Articole științifice:

Prof. Dr. Iuliu Hațieganu: Un caz de feminism suprarenal	Pag. 433
Prof. Dr. C. I. Urechia, Lt.-Col Dr. Michail și Dr. Duma Desideriu: Talagie prin exostoze calcaniene	" 435
Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Dr. V. Munteanu și Dr. Șt. Dăncilă: Contribuții la studiul artritelor infecțioase și septicemice ale copiilor	" 437
Prof. Dr. I. Gavrilă și Dr. Sim. Cadariu: Febra tifoidă la copii	" 440
Dr. Florin Căprariu și Dr. Leonida Dragomir: Afecțiuni cardio-reumatismale larvate de siringo-mielie	" 444
Dr. Radu Cornel, Dr. Pop E. Teodor și Dr. Scurtu Alexe: Osteopsatiroza idiopatică	" 447
Dr. Nicolae Zolog: Atrofie iriană progresivă cu policorie, de origine sifilitică	" 450
Dr. Virgil Galea: Analiza unor ape minerale carbo-gazoase alcalino-teroase	" 451

Medicină de războiu:

Prof. Dr. Marius Sturza: Fizioterapia în războiu	" 453
--	-------

Probleme de farmacologie:

Prof. Dr. C. C. Velluda: Evoluția farmacologiei	" 457
---	-------

Societăți medicale	" 463
------------------------------	-------

Societatea Științelor Medicale Cluj-Sibiu

Revista cărților:	" 470
-----------------------------	-------

Radiodiagnostic clinic, de Prof. Dr. D. Negru

Necrolog:	" 471
---------------------	-------

† Dr. Victor Frățilă, 1913—1944

† Dr. Mircea Petri, 1914—1944

CIBAZOL

Sulfanilamidothiazol

Chimioterapeutic pentru tratamentul infecțiilor gonorocice, streptococice, pneumococice, etc.

Defervescență rapidă, toleranță excelentă.

Indicațiuni:

Pneumonie, Blenoragie, Meningită.

Infecțiuni colibacilare a căilor urinare.

Septicemie, focare infecțioase, etc.

Pozologie:

Doza inițială: 4 comprimate;

apoi 2 comprimate din 3 în 3 ore până la defervescență, dar maximum 8 g.

(16 comprimate) pe zi. Pe urmă se reduce doza progresiv la 4×2 , 3×2 și 2×2 comprimate.

Tuburi cu 20 comprimate

Cutii cu 5 fiole

Société pour l'Industrie Chimique à Bâle (Suisse)

Reprezentant pentru România :

M. . Leclerc, București, str. Ruginoasă 1

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Articole științifice

Un caz de feminism suprarenal

de

Prof. Dr. Iuliu Hatieganu

Sindromul „genitoadrenal” — numit și *interrenalism* — datorit unei *iperplasii, adenom sau cancer al glandei corticosuprarenale*, se caracterizează printr-o transformare heterosexuală a fenotipului sexual.

Se observă mai ales la femei și se manifestă printr-o dezvoltare abnormală a sistemului părșos pe față și pe întreg corpul și printr-un aspect viril al fizicului.

În aceste așa numite *virilisme suprarenale* constatăm afară de abundența sistemului părșos și aspectul viril al fizicului o creștere a clitorisului, o atrofiere a buzilor mari. Aceste caractere sunt mai ales manifeste, dacă sindromul se dezvoltă în prepubertate. În aceste cazuri avem forme tipice de *pseudohermafroditism*. Dacă sindromul survine în epoca postpubertară — constatăm numai pilozitatea exagerată pe față. În aceste din urmă cazuri vorbim de *hirsutism (Diabetul femeilor cu barbă — Achard)*. Un hirsutism mai discret se observă adeseori în epoca climacterică la femei.

În tumorile glandei corticosuprarenale survenite la copii se observă o *pubertate precoce* — fără maturarea spermatozoizilor — cum se constată în tumorile glandei pineale.

Sindromul interrenalismului la bărbați survine foarte rar. Până în 1942 Simpson semnalează numai șase cazuri sigure.

Sindromul interrenal la bărbați evoluează cu o dezvoltare feminină a mamelor — cu impotență — atrofiere testiculară — o rărire a părului bărbos — o dispoziție spre îngrășare. (*Feminism suprarenal*).

Feminism s'a observat și în unele tumori testiculare (seminom, disgerminome) — iar virilism s'a descris în unele tumori ovariene.

Experiența clinică arată, că suferințele corticosuprarenale și testiculo-ovariene pot da sindrome foarte ase-

mănătoare. Aceasta se explică prin dezvoltarea embriologică și prin funcția similară a acestor glande importante. Într'adevăr este constatat, că între hormonul sexual și cel corticosuprarenal este o extraordinară apropiere.

Substratul anatomopatologic din glanda corticosuprarenală poate fi variat. În pubertate precoce și în feminism mai deseori se constată o *tumoră malignă*. În alte cazuri se constată procese de *iperplazii* — altădată *adenome*, foarte adeseori însă nu se constată nici o alterație. Vines a constatat în unele cazuri în glandele suprarenale niște *granulații* care se colorau cu *fuchsină*.

Patogeneza sindromului nu este încă pe deplin clarificată. Se susține (Wiesel) că glanda corticosuprarenală are aceeași origine mesodermică ca gonadele. S'a constatat apoi în virilism prezența unei *substanțe androgene*, precum în feminism prezența unei *substanțe oestrogene* — ceea ce nu se constată la indivizii normali.

Din aceste constatări rezultă că glanda corticosuprarenală în anumite suferințe produce o substanță androsau oestrogenă. Aceste substanțe s'ar produce și în vîrstă embrionară, prin acțiunea glandei suprarenale, așa încât ar fi o reîntoarcere la vîrstă embrionară în care timp glanda corticosuprarenală ar fi o glandă sexuală.

În cazurile de *iperplazii, adenom, cancer al glandei corticosuprarenale*, glanda recapătă capacitatea de-a produce substanțe andro- oestrogene. Este cunoscut, că substanța corticală — cortina, — are o mare afinitate chimică cu aceste substanțe.

Cazurile de *feminism suprarenal* fiind foarte rare — observația noastră merită să fie publicată.

M. I., bărbat, 52 ani. În antecedentele ereditare și personale nimic important. Ușor alcoolic și fumător.

Boala debutează înainte de trei ani cu dureri foarte accentuate în epigastriu, cari se mențin patru zile. După aceea urmează o perioadă de liniște de 6 luni. Înainte cu 2½ ani durerea reapare

cu o localizare în epigastriu, ipocondrul și umărul drept, fiind obligat să ia atitudine forțată genupectorală, prezentând și vărsături biliase. Această fază dureroasă s'a menținut trei săptămâni — având o remisie de scurtă durată. De 2 ani durerile cu o intensitate mai mică reapar, având iradiieri spre stern și ipocondrul drept. Adesea se prezintă și vărsături. În anul 1944 — în luna Martie durerile din nou au o intensitate mai mare — cu iradiieri în ipocondrul drept și în umeri — simultan observă o tumefacție în regiunea hepatică. Înainte cu un an apar dureri în mamele, observând în același timp creșterea lor rapidă, ajungând la dimensiunea de acum, tot de atunci impotență sexuală completă. Simultan observă că slăbește, pierde din greutate (dela 77 kgr. la 53 kgr.) și din forța fizică. Apetitul păstrat, scaun regulat.

Bolnav de statură mijlocie. Constituție mai mult leptosomă — mamele mărite, de aspect feminin, la palpare de consistență glandulară, ușor sensibile. Din partea sistemului nervos, aparatul respirator, circulator, nimic deosebit. Abdomenul deformat, ipocondrul drept este proeminent la palpare, ficatul neregulat — însă de consistență organică — depășește falsele coaste cu 4 degete. Splina se palpează. Radioscopia toracică arată ridicarea hemidiafragmului drept. Radioscopia tubului digestiv arată o ușoară stază duodenală în întreg cadrul. Tensiunea $9\frac{1}{2}$ —7 (Vaquez-Laubry), în urină albumină în urme, la microscop săruri de fosfați. Viteza de sedimentare la 2 ore 122 (Vestergreen). Azotul ureic 33,58 mlgr. ‰. Colesterinemie 1,58‰. Reacțiile Casoni—Weinberg—Părvu negative. R. Bordet—Wassermann negativă. Hematii 4.640.000. Hemogl. 95‰, leucocite 5600. Polinucleare neutrofile 56‰, polinucleare eosinofile 5‰. Limfocite 31‰, monocite 8‰. După injecție de Adrenalin 1 mlgr. subcutan la 20 minute, 9800. Polinuc. 36‰, limfocite 56‰, eosinofile 2‰, monocite 6‰. Tensiunea la 30—60 minute după Adrenalină 11—6, $10\frac{1}{2}$ —6. După 3 ore tens. art $9\frac{1}{2}$ —6. După 3 ore leucocite 6700, polinucleare neutrofile 78‰, limfocite 17‰, monocite 3‰, eosinofile 1‰.

Hormon folicular în urină în cantitate de 340 u. ș. la litru. *Pielografia descendentă* nu arată nici un desen la dreapta. La intervenții chirurgicale exploratoare asupra glandei suprarenale drepte se constată prezența unei tumori în glanda suprarenală.

Diagnosticul în cazul nostru — având semnele tipice ale feminismului — fără a constata vreo alterație în testicul — s'a pus cu ușurință. Natura afecțiunii glandei suprarenale s'a putut stabili cu ușurință prin prezența metastazelor în ficat. Diagnosticul s'a confirmat prin intervenția exploratoare. Localizarea tumorii în dreapta s'a confirmat.

Prognosticul în general este grav. La bărbați survenind mai des tumori maligne, este foarte grav.

Tratamentul se reduce la medicamente calmante, radioterapie. Intervenția chirurgicală promite rezultate numai în absența metastazelor.

In concluzie:

Cazul nostru se adaugă la cele 6 cazuri ale lui Simpson, cu al 7-lea caz sigur.

Prezența în cantitate extraordinară a *foliculinei* în urină aduce o contribuție importantă la patogenia sindromului.

Afecțiunea glandei corticosuprarenale la bărbați are drept urmare producerea unei substanțe oestrogene — care provoacă simptome clinice tipice ale feminismului interrenal.

* * *

Adăugăm cu ocazia corecturii că bolnavul s'a reinternat în clinica noastră la 9 VIII. 1944, sucombând în aceeași zi.

La autopsie se stabilește de către Institutul de Anatomie Patologică (Prof. Titu Vasilu), următorul diagnostic anatomo-patologic: **Tumoră adeno-carcinomatosa a capsulei suprarenale drepte. Tumori multiple mari și mici ale ficatului.**

Examenul histologic a ambelor feluri de tumori, a suprarenalei și a ficatului, arată o omogenitate de structură. Sunt celule rotunde, cubice, cu nucleul tachicromatic, iar protoplasma bogată, acidofilă. Celulele formează cordoane așezate pe capilare sinusoidale. Cu colorația Scharlach se pune în evidență în protoplasmă grăsimi. După structura histologică se poate afirma că sunt tumori provenite din celulele corticalei suprarenale. Tumoriile găsite în ficat pot fi interpretate mai curând ca choriostoame plecate din germeni corticalleni, rătăciți în dezvoltarea embriologică, ca unele din tumorile lui Gravit. Istologic structura organoidă a tumorii cât și o funcțiune secretorie de glandă endocrină denotă că nu este propriu zis un carcinom ci hiperplazii adenomatose neoplazice. (Bul. de Autops. Nr. 175).

CLINICA MEDICALĂ I CLUJ—SIBIU

Director: Prof. Dr. Iuliu Hatieganu

RESUMÉ

Un cas de féminisme surrénale

On décrit un cas de féminisme surrénale chez un homme de 52 ans. Dans l'urine on constate une grande quantité de folliculine.

ZUSAMMENFASSUNG

Ein Fall von Suprarenalem Feminismus

Es wird ein Fall von Suprarenalem Feminismus beschrieben, der als 7-ter sicherer Fall zu den 6 von Simpson vermerkten Fällen tritt, und der durch das Vorhandensein einer übermässig grossen Menge Follikulin im Urin gekennzeichnet ist.

Talalgie prin exostoze calcaniene

de

Prof. Dr. C. I. Urechia, Lt. Col. Dr. Michail și Dr. Duma Desideriu

Talalgia este o afecțiune rară, iar cauza și mecanismul său sunt de multeori neclare. Într'un număr restrâns de cazuri s'au găsit exostoze pe calcaneu, care ne explicau durerile și jena la mers. Talalgia, denumită încă și tarsalgie, sau calcaneodinie, consistă în dureri la mers, mai rareori și în poziția culcată. Din cauza durerilor bolnavii merg cu dificultate, șchlopăță sau merg mai mult pe vârful degetelor; sau merg evitând a călca sau a se lăsa pe călcâie. Din această cauză durerile, prin eforturile care le fac bolnavii, pot difuza și la mușchii gambel; sau cu timpul articulația tibio-tarsiană se poate restmî și deforma. În unele cazuri presiunea în anumite puncte ale calcaneului e dureroasă. Examenul radiografic ne poate arăta exostoze calcaniene.

Durerile pot să apară în mod insidios, după un mers mai îndelungat, după dans, sau după alte exerciții. Piciorul de multeori pare că arde și bolnavii stau mai mult culcați, sau merg cu dificultate, evitând să calce pe calcaneu. Pintenii osoși sau exostozele se întâlnesc mai totdeauna la ambele picioare. Nu arareori se întâmplă ca la piciorul unde sunt mai puțin însemnate, tocmai acolo să fie dureroase, pe când la piciorul unde sunt mai mari, să fie bine tolerate. Pintenii osoși sunt situați fie sub calcaneu, fie înapoi osului. Pe fața inferioară a calcaneului exostozele sunt mai cu seamă situate pe tuberozitatea internă și ceva mai rar pe tuberozitatea externă. Pintenii sunt mai mult sau mai puțin lungi, dela 1 la 3 cm, mai mult sau mai puțin groși, și îndreptați oblic în jos și înainte. Ei au o formă de spin, de cul sau de tire-bouton (încărligat).

Pe fața posterioară a calcaneului exostozele sunt în general unice și situate pe jumătatea anterioară, dirijate fiind în jos și vertical. Rareori numai exostozele pot fi situate retrocalcanean și izolate; căci ele coexistă în general cu alte exostoze sub calcaneane. Exostozele situate sub calcaneu pot fi în schimb de multeori izolate.

În mod cu totul excepțional calcaneul poate fi hipertrofiat în totalitate, constituind așa zisa calcanelta totală.

Exostozele retrocalcaneane sunt de obicei întovărășite de o bursită. La exostozele subcalcaneane găsim de obicei un țesut de scleroză, un țesut fibros în jurul pîntenului. Exostozele se constată în general la indivizi între 20 și 60 ani; la tineri se constată de multeori o blenoragie acută sau cronică; la cel mai bătrîn se constată o artrită seacă sau un reumatism; de multeori însă exostozele au o cauză necunoscută.

Aceste exostoze se pot asemenea întovărăși de anomalii în oasele piciorului, ca oase supranumerare

sau anomalii osoase. Aceste anomalii sunt însă foarte rare. Chrysopathes crede că aceste exostoze ar lua naștere din nucleul posterior al calcaneului, la epoca pubertății. Nucleul ar fi împins și tras în jos prin tracțiunea mușchilor și a ligamentelor plantel, și în loc să se limiteze la formațiunea tuberozităților externe și interne, producă acel pîntenii supărătorii. Lîplrea epifizel la corpul calcaneului se produce cam între 15 și 18 ani, iar linia de sudură e încă vizibilă la 20 de ani. Această ipoteză însă nu concordă cu părerile lui Reclus, Schwarz și alți autori, cari admit că tuberozitățile calcaneului nu provin din nucleii epifizari, ci din nucleul osos al corpului calcaneului. Pe de altă parte A. Mouchet, bazat pe numeroase examene radiografice, făcute la indivizi între 12 și 28 ani, constată că într'o pătrime de cazuri, tuberozitățile provin totuși din punctul epifizar al calcaneului.

Din aceste considerațiuni rezultă că o bună parte din exostozele calcaniene, ar constitui exagerațiunea unei dispozițiuni normale. Exostozele devin dureroase în urma unui surmenaj sau traumatism, fie în urma unei afecțiuni ca blenoragia sau sifilisul. După blenoragie, sifilis, reumatism, sau poate în alte împrejurări, a fost la început un proces de osteită, care a dat loc bineînțeles la durere, și după aceasta s'a produs exostoza, care în același timp s'a întovărășit de un proces inflamator în țesuturile moi învecinate. La examenul radiografic aceste din urmă exostoze ne apar mai șterse, mai palide și mai puțin dense.

De sigur că nu toate talalgiile sunt datorite exostozelor. Există talalgiile datorite unor bursite, ce s'au format înapoi calcaneului sau înainte tendonului lui Achille. Bursa subcalcaneană e însă foarte rară și de obicei produsă de o exostoză.

Există exostoze fără talalgie, cel puțin o bună bucată de vreme, și există pe de altă parte talalgiile fără exostoze.

Tratamentul acestor exostoze e variabil; când ele nu supără, trebuie lăsate în pace. Când a existat o blenoragie trebuie făcut tratamentul necesar și apoi dacă durerile nu cedează trebuie intervenit chirurgical.

Se mai poate încerca punându-se la locul dureros un inel de cauciuc sau de stofă moale.

Băile calde, aerul cald, medicațiunea antireumatică, pot produce de asemenea ameliorațiuni.

Bolnavii operați nu trebuie să meargă timp de o lună, iar la intervențiile trebuie căutată și existența în același timp a unei bursite. Când intervenția nu a fost

radicală, ci a rămas punga seroasă, sau părțile inflamate din jur, durerile pot recidiva.

Dar în afară de aceste exostoze sunt cazuri unde calcaneul prezintă niște proeminențe exagerate, la unirea feței posterioare cu fața superioară. Aceste proeminențe mai puternice decât normal, sunt capabile să producă niște dureri destul de puternice și de lungă durată, care în disperare de cauză să necesite o intervenție chirurgicală. Ele sunt de multeori simetrice. Acest fel de exostoze subcalcaniene pot coincide cu alte exostoze subcalcaniene; situate de multeori de ambele părți, se întâmplă ca ele să fie dureroase numai de o singură parte.

Examenul microscopic al acestor exostoze arată o structură osoasă normală.

Iată acum observația a trei cazuri pe care le-am observat în ultimii ani.

1. — Chelu Grigore, de 21 ani, născut la termen, nicio tară nervoasă sau endocrină în antecedentele sale hereditare. În antecedentele personale nimic anormal; n'a suferit de nicio boală infecțioasă, n'a avut traumatisme. Boala actuală datează din vara anului 1942, începând cu dureri în călcâiul drept, din care cauză mersul era foarte dureros și dificil. Când nu mergea nu avea nicio durere. Durerile s'au agravat în mod progresiv, împiedecându-l să meargă, sau să muncească din picioare. Din iarna anului 1943 dureri asemănătoare au apărut și în călcâiul stâng.

La început bolnavul mergea pe vârful piciorului drept, dar după vreo 5 luni, cu toate durerile, călca foarte încet și șchiopătând pe tot piciorul. Același lucru s'a petrecut și la piciorul stâng, bolnavul lăsându-se mai mult pe tars și pe degete.

Piciorul stâng în treimea sa inferioară e puțin tumefiat, stațiunea verticală mai îndelungată, produce un ușor edem care dispare când bolnavul stă culcat. De aproximativ un an a observat o oarecare limitare a flexiunii la piciorul drept, iar de vreo 6 luni o ușoară atrofie în musculatura gambei drepte.

La examenul bolnavului se constată: normal dezvoltat; o ușoară atrofie musculară la gamba dreaptă care are 1 cm. mai puțin ca cea stângă în treimea sa inferioară. Piciorul stâng e ușor tumefiat, fără să lase urma degetului, edemul fiind elastic.

Mersul e foarte dureros și șchiopătat din cauza durerilor dela nivelul călcâielor. Flexiunea dorsală a piciorului drept e redusă din cauza durerilor ce se ivesc la nivelul călcâiului și tendonului lui Achill.

În repaos nu are nicio durere; de îndată însă ce stă pe picioare călcâiele sunt foarte dureroase și are senzația că ar călca pe ace. La nivelul călcâielor se constată o ușoară hipoestezie.

La examenul radiografic se constată niște pînți mai accentuați la dreapta. Pe marginea posterioară a calcaneului drept se constată o reacție periostală, cu marginea neregulată și un ușor proces de decalcifiere. Piciorul e ușor deplasat înăuntru din articulația tibio-tarsiană. Coloana sacro-lombară nu ne prezintă nimic anormal.

2. — Ambrosie P., de 25 ani, suferă de mai bine de un an de dureri la nivelul călcâielor și mai cu seamă din partea dreaptă. Durerile au început insidios și fără nicio cauză explicabilă; nu a avut blenoragie, reumatism sau altă boală infecțioasă; nu a făcut curse prea îndelungate și nu a stat prea mult în picioare; nu a suferit nici un traumatism. Durerile nu se produc decât în mers și din această cauză bolnavul nu poate merge decât cu mare greutate și șchiopătând, evitând de a se lăsa pe călcâie. Presiunea regiunii calcaniene e dureroasă. Tratamentul cu băi de sare și radioterapie n'a dat niciun rezultat. Radiografia arată 2 exostoze în formă de cârlig pe fețele inferioare ale calcaneului. După extirparea acestor exostoze durerile au dispărut și bolnavul poate merge normal.

3. — D. I., inginer. Suferă de o sacralizare și o nevralgie sciatică dreaptă. Cu această ocazie examenul bolnavului arată două mici exostoze situate pe fețele laterale și interne ale calcaneilor, fără să producă nicio jenă.

RESUMÉ

Deux cas de talalgie, dues à des exostoses du calcaneum. Dans le premier cas, à cause des efforts prolongés et de la marche sur la pointe des pieds, il s'est produit un déplacement articulaire, une légère atrophie musculaire et un oedème élastique qui disparaissait dans la position d'élève. Dans le deuxième cas la talalgie a disparu après l'intervention chirurgicale. Dans le troisième cas enfin il s'agissait de deux exostoses situées sur la face interne des calcaneums qui ne provoquaient aucune gêne.

ZUSAMMENFASSUNG

Es handelt sich um zwei Fälle von Talalgien infolge von Kalkaneusexostosen. Im ersten Fall erfolgten infolge des Auftretens auf die Füsspitze und der ausgedehnten Anstrengungen, Gelenksstörungen mit leichter Wadenatrophie und einem elastischen in Liegestellung verschwindendem Oedem. Im zweiten Fall verschwand die Talalgie durch chirurgischen Eingriff. In einem dritten Fall handelt es sich um zwei Exostosen an der Innenwand des Kalkaneus, die aber keine Störungen hervorruften.

Contribuții la studiul artritelor infecțioase și septicemice ale copiilor¹⁾

de

Prof. Dr. Gh. Popoviciu — Dr. V. Munteanu — Dr. Șt. Dăncilă

Problema afecțiunilor articulare (artropatii), reumatice sau nereumatice, în special etiologia, patogenia lor este în plină discuție. Deocamdată există încă multă confuzie în acest domeniu, înglobându-se, în special reumatismelor, afecțiunile articulare foarte variate sub raport etiologic. Ele se întâlnesc destul de frecvent la copii și se pot împărți în două grupuri mari: a) afecțiunile articulare (artropatii) predominant inflamatorii sau *poliartrite* și b) afecțiunile articulare (artropatii) predominant degenerativă sau *artroze*. Mai frecvente și mai importante sunt la copii artropatiile predominant inflamatorii, în comparație cu artrozele de caracter mai mult degenerativ și care sunt, spre deosebire de patologia adultului, mai rare și de însemnătate redusă.

În grupul *poliartritelor* se disting inflamații *acute* și *cronice*. Celor acute le aparțin înainte de toate *artritele infecțioase* și *septicemice*, desigur mult mai puțin importante ca reumatismul articular acut. Spre deosebire de reumatismul adevărat articular acut (poliartrita reumatică acută, boala lui *Bouillaud*), — considerat și numit în consecință infecțios specific, — artritele infecțioase nespecifice sunt considerate și numite *infecții articulare metastatice*, *pseudoreumatisme infecțioase*, *reumatisme secundare*, *poliartrite reumatice nespecifice*, *reumatoide*. Ele survin în cursul unor infecțiuni diferite, anterioare, manifest apărute, ca o complicație a acestora. Dar adesea afecțiunea articulară predomină față de simptomele celelalte ale bolii infecțioase, rămase chiar latente (scarlatina sau alte febre eruptive, febra tifoidă, pneumonia, blenoragia, meningita epidemică, tuberculoza etc.).

Artritele secundare sunt cauzate fie de agenții patogeni ai anumitor boli, fie de toxinele elaborate de aceștia și ajunse, pe cale sanghină, din focarele bolii la nivelul articulațiilor. Se pot ivi atât supurații grave intracapsulare, cât și efuziuni oligocelulare, care regresează în mod spontan. În opoziție cu reumatismul articular acut, aceste artrite se rezumă la localizări mai reduse ca număr (în mai puține articulații) și de *preferință monoarticular*. Ele sunt mai staționare, cu tendință la supurații (alături de semnele generale septicemice). Fiecare proces inflamator al organismului poate să ducă la o artrită metastatică. Probabilitatea inflamației articulațiilor este cu atât mai mare, cu cât copilul este mai mic. Spre deosebire de poliartrita reumatică

acută, se poate demonstra prezența germenilor în colecția articulației și în sânge.

Cele mai cunoscute sunt artritele cu *streptococ*, după infecții gripale sau scarlatină, cu *pneumococ*, după îmbolnăvirii catarale ale căilor respiratorii și cu *gonococ*, la copil de sân și copil mic (infecția gonococică a nou-născuților și vulvovaginita fetitelor).

În *scarlatina* — în afară de reumatismul *scarlatinos* — se observă mai des *artrite multiple seroase*, mai cu seamă la articulațiile degetelor mânel, cotului, care însă regresează repede. Rar sunt purulente, atunci sunt monoarticulare și de obicei cu streptococ, de mare gravitate, necesitând deschiderea imediată. Când se produc în plină septicemie streptococică, de regulă sunt mortale.

În *pojar* de asemenea pot surveni artrite. Ele sunt la fel ca în scarlatine, însă cu mult mai rare. În cazul când pojarul este complicat cu microbi de infecție secundară (streptococ, pneumococ), pot surveni artrite septice supurate.

Varicela rar dă artrite seroase.

În *difterie* artropatiile sunt rare, excepționale. De obicei tumefacțiile ușoare după difterie aparțin tabloului bolii serului.

Febra tifoidă rar dă artrite. Ele pot fi seroase sau purulente și se localizează mai cu seamă la articulațiile mari (coxofemorale), putând da luxații de distensie. Artritele plelice fac parte din cadrul tabloului grav al perioadei de stare a bolii.

În *paratifo*, formele de artrită sunt acelea din febra tifoidă, însă într-o măsură mult mai redusă. Ele pot fi seroase sau supurate, survin în particular la copiii de sân și sunt datorite bacilului paratific B.

În *parotidita epidemică*, survin rar artrite veritabile, seroase, mai ales localizate la nivelul tectilor tendinoase și la nivelul burselor seroase periararticulare. Au vindecare rapidă și nu supurează.

În *erizipel*, în perioada de stare și în convalescență rar apar poliartralgii pasagere, altele artropatii veritabile, la una sau mai multe articulații. Rar supurează.

În *dizenteria bacilară*, artritele cu reumatism dizenteric sunt foarte rare în copilărie, în opoziție cu dizenteria adultului unde complicațiile articulare sunt frecvente, apărând la cot și genunchi sub formă de artrite seroase sau purulente.

¹⁾ După comunicarea la Soc. Șt. Med. Cluj-Sibiu, din 25 Iunie 1943.

De asemenea și în *dizenteria amibiană*, au fost descrise rare artropatii.

În *meningita cerebrospinală epidemică*, artritele sunt frecvente putând surveni încă înainte de apariția fenomenelor meningeale sau concomitent cu ele. Sunt artrite seroase sau purulente, iar în lichidul intraarticular se găsesc meningococi. Sunt benigne, fără urme; excepțional anchiloze. Pot exista și fără meningită.

Gripa poate da poliartrite și artrite supurate. *Ochsenius* descrie o coxită cu luxație spontană la o fetiță de 10 luni, în decursul gripei. *Glanzmann* relatează un caz de gonită cu bacilul lui *Pfeiffer* în cursul unei meningite gripale, ameliorată prin apariția gonitel, și agravată și sfârșită mortal după vindecarea acestora.

Pneumococii pot da artropatii mai ales la copii de sân. Ele apar în special după bronhopneumonie, pneumonie, bronhită și otită, sub formă de artrite și periartrite supurate, care se localizează la articulațiile mari (coxo-femorale, genunchi, umăr). Multe din acestea la copii de sân provin din punctul de osificare. Dacă nu există concomitent o septicemie pneumococică, prognosticul e bun.

De asemenea și *infecțiile stafilococice* pot da artrite, după osteomielite epifizare latente.

Gonococii (oftalmia blenoragică a nou născuților și vulvovaginita fetitelor) pe lângă îmbolnăvirile poliararticulare seroase, pot da în copilărie și inflamații izolate de natură fibrinoasă — purulentă, la nivelul articulațiilor mari (mai cu seamă genunchiul, șoldul), care sunt însoțite de simptome generale grave. Și aici (ca și în febra tifoidă) se pot întâmpla luxații de distensie în articulația coxo-femorală. Afecțiunea poate să fie mono- și poliartriculară. La punctul articulației afectate se pun în evidență gonococi. S-au observat artrite și după conjunctivita gonococică (*Clément Lucas*).

Artrita (idartroza) sifilitică apare în vârsta școlară sub formă de gonită de obicei bilaterală, cu fenomene ușoare (febră și dureri reduse). Reacția *Wassermann* uneori negativă.

Idartroza tuberculoasă sinovială primară, (pseudo-reumatismul tuberculos (Poncet) se dezvoltă sub formă subacută sau subcronică, fără ca osul să fie lezat, fără fungus. Sunt tumefieri multiple ale articulațiilor, simlulare reumatismului acut, în general însă mai puțin dureroase, cu temperatură mică și cu un decurs cronic. În exudatul articular limfocite. Adesea vindecare identică cu reumatismul acut. Alteori anchiloze sau evoluție în artrita tuberculoasă obișnuită.

Boala (sindromul) lui Chauffard-Still datorită unui proces septic cronic, se caracterizează prin inflamații periararticulare (capsulă, părți moi), cu tumefieri simetrice, fusiforme, localizate poliartricular simetric la nivelul genunchilor, coatelor, mâinilor, degetelor și vertebrelor cervicale. Sunt nedureroase; roșeață și dureri

numai în stadiul incipient. Sinoviala și cartilajul articular la început nu iau parte la inflamație. Prin proliferarea țesutului conjunctiv paraarticular și prin inactivitatea și imobilitatea articulației (a capsulei, ligamentelor și a cartilajului) duce la atrofia musculară. Rar sinostoze. Oasele articulare nu sunt afectate, dar mai târziu intră într'un proces osteoporotic. Pe lângă procesele periararticulare boala lui *Still* e caracterizată și prin tumefierea splinei, a ganglionilor regionali (cervicali, axilari, al cotului, inghinali), precum și prin febră, care toate sunt componente obligatorii ale tabloului complet propriu zis. Anemie, leucopenie. Din sânge se poate cultiva streptococul viridans, dar nu în mod constant. Endocardita este rară, câteodată pericardită. Adesea nodozități (granulome) reumatice (legături cu reumatismul acut; le indică și lipsa tendinței la supurații). Leziunile articulare se aseamănă cu cele din (poli)artrita (cronică infantilă) limfocitoză (cu distrucție cartilaginooasă, anchiloză; splina și cu deosebite ganglionii sunt mai moderat mărit, iar exudatul articular prezintă limfocite, față de leucocite în sindromul lui *Chauffard-Still*).

Tabloul radiologic al artritelor infecțioase este caracterizat prin o atrofie înaltă a oaselor articulare, care se identifică prin clarefierea conturului osos și ștergerea desenului structural. Atrofia oaselor începe în a 4-a săptămână a bolii, atingând punctul culminant în săptămâna a 12-a. După vindecarea focarului primar are loc în timp de săptămâni o refacere completă a structurii osoase. Prin apariția sinostozelor se poate însă modifica și structura oaselor învechinate.

În *boala lui Still* nici chiar în stadiul înalt de rigiditate și îngroșare a articulațiilor nu se observă modificări ale oaselor articulare. *Koeppe* descrie dispariția părții subțiate a diafizelor falangelor, încât falangele apar rombele cu laturile drepte (formă de supozitorii). *Johannsen* descrie în cazurile lui *Still* un contur dințat al punctului (nucleului) de osificare.

În *poliartritele de durată mai lungă* se observă o îngustare (reducere) mai accentuată a spațiului interarticular, pe lângă o atrofie osoasă manifestată prin subțierea corticalei și rarefieri în structura spongioasă. Prin contracțiunea capsulei, suprafețele articulare ale falangelor, ale metacarpienilor și metatarsienilor par luxate, uneori deformate.

Prognosticul artropatiilor depinde de faptul, dacă procesul inflamator rămâne localizat în articulație, sau dacă prin repetate revărsări ale agentului patogen în sânge dau metastaze, ori o îmbolnăvire concomitentă a endocardului, sau dacă e vorba numai de o singură revărsare în număr mic de microbi în circulația sanghină.

Tratamentul se conduce după agentul cauzator și felul artritelor, pe lângă mijloacele generale ce trebuiesc asigurate. Sunt indicate înainte de toate repausul articulației, apoi masaj, strânguturi, băi, diatermie, nămol,

Se prescrie medicația respectivă specifică, dacă există (vaccinuri, precum și sulfamide), iod, yatren. Se fac punctții, evacuarea conținutului articular și spălături interloare cu soluții adecvate. La unele purulente, tratament chirurgical (deschidere, drenaj). În special: în artrita pneumococică, indicate punctia articulației, spălături cu clorurat de optochină $1\frac{1}{2}\%$, sulfamide (albucid, etc.), sulfapiridină, sulfatiazol (enteral sau parenteral), iar în lipsă de rezultat inciziile nu prea largi; în cea streptococică, ca sulfamidă prontosil alb, etc. (enteral sau parenteral), punctii, spălături cu sulfamide, la nevoie intervenție chirurgicală; în cea gonococică, imobilizare, căldură, sulfamide, eventual artigon, lapte (injecții), optochină, în supurație punctia articulației; în cea sifilitică, tratament specific; în cele tuberculoase (în reumatismul tuberculos salicilații sunt inactivi), alături de tratamentul general (cu deosebite elloterapie, incl. artificială, înălțimi mari), repaus, imobilizare, punctii, glicerină iodoformată, rubrofen etc.; în sindromul lui *Chauffard-Still*, proteloterapie nespecifică, vaccin cu viridans, căldură, staza lui *Bier*, masaj, tripaflavină, colargol, argocrom (intravenos), artigon (intramuscular), sulfamide, îndepărtarea sau îngrijirea focarelor infecțioase (amigdale, dinți, sinusuri).

În Clinica Infanților, în decursul anilor s'au observat destul de numeroase cazuri de artrite secundare, din cari dăm aici 5 cazuri¹⁾ (două din 1936, două din 1938, unul din 1943). După sex: toate sunt la băieți. Etatea între $1\frac{1}{2}$ — 8 luni. După natura lor: una a fost gonococică, iar patru pneumococice. Ca localizare, cea

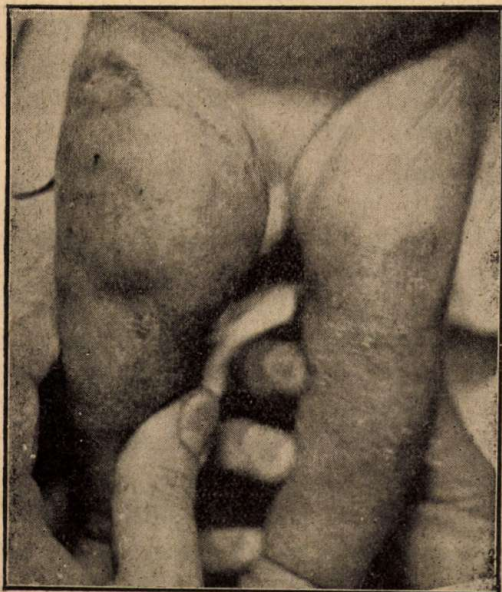


Fig. 1. — Artrită gonococică, la un copil de $1\frac{1}{2}$ luni.

¹⁾ O redare a tuturor cazurilor și o descriere a celor 5 cazuri relatate aici, ne este imposibilă din cauza situației (materiale) create prin refugiu și război (incl. din cauza lipsei parțiale a foilor de observație, etc.).

gonococică (după oftalmie), a fost la articulația genunchiului drept (v. fig. 1), iar cele pneumococice (după bronhopneumonii), au variat: un caz (cazul al 2-lea din totalul cazurilor) la articulația scapuloumerală stângă, altul (cazul al 3-lea) la ambele articulații scapuloumerale (v. fig. 2), al 3-lea caz (cazul al 4-lea din total) la articulația coxofemurală stângă cu luxație, iar ultimul (cazul al 5-lea din toate cazurile, descris mai jos detaliat) la articulația cotului stâng, precum și la ambele articulații tibiotarsiene. Toate cinci cazurile s'au vindecat în



a
Fig. 2 a și b.
Artrită pneumococică, la un copil
de $1\frac{1}{2}$ luni

b

urma tratamentului: artrita gonococică după vaccin anti-gonococic (în era dinaintea sulfamidoterapiei afecțiunilor gonococice), punctie, comprese și repaus, iar celelalte, pneumococice, după prontosil, eleudron, tratament general roborant, comprese, emoterapie, punctii și chiar mici incizii în drenaj.

Dăm descrierea detaliată a ultimului nostru caz, pneumococic, observat de dată recentă, vindecat cu eleudron, tratament local (punctie, comprese), emoterapie (intramusculară, transfuzie). Copilul O. N., băiat, de $3\frac{1}{2}$ luni, intră în clinică la 15 Iunie 1943. E născut la termen, cu greutatea de 3000 gr. Mama afirmativ cardiacă, tatăl sănătos. În antecedentele personale nimic deosebit. Este alimentat natural, suferi regulate din 3 în 3 ore. La 1 Iunie (înainte cu 2 săptămâni), în faza de vindecare a unei bronhopneumonii, mama observă că copilul nu-și mișcă membrul superior stâng, degetele păstrându-și mobilitatea, iar membrele inferioare și le ține flectate cu coapsele pe abdomen și cu gambele pe coapse, dureroase la încercările de extensie spre poziția normală. Tot mama mai observă tumefierea cotului stâng și a articulației tibiotarsiene, fenomene pentru cari la data de 15 Iunie își internează copilul în Clinica Infanților.

Din punct de vedere somatic copilul e mai slab dezvoltat în raport cu vârsta, având numai 4850 gr.

greutate (în loc de 6000 gr). Tegumentele și mucoasele normale colorate, turgorul mai redus. Fontanela mare deschisă pentru 2 degete. Nimic din partea plămânilor și aparatului cardiovascular. Splina și ficatul nu sunt mărite. Apetitul păstrat, scaunele normale și regulate. Nimic în gât. La articulații se observă tumefierea cotului stâng și a articulațiilor tibiotarsiene, cu pleoa înținsă, lucioasă și ușoară căldură locală. Mișcările sunt dureroase.

Celelalte examene: la radioscopia toracelui nimic deosebit. Nu se recunosc urme de focare bronhopneumonice (rezorbibile). Examenul urinei arată prezența albuminei. Reacția la tuberculină (v. Pirquet) negativă. Lichidul cefalorahidian extras prin puncție lombară nu prezintă nimic deosebit. La examenul sângelui se găsesc: eritrocite 3.410.000 pe mm^3 , leucocite 4800, hemoglobină 95%, iar ca formulă leucocitară, polinucleară neutrofile 66%, limfocite 19%, monocite 15%. Viteza de sedimentare e accelerată: 64—123. Pe radiografiile articulațiilor afectate (executate la Institutul de Radiologie) nu se observă modificări patologice la nivelul oaselor articulare. La puncția articulației tibiotarsiene drepte se extrage un puroiu gros, de culoare galbenă-verzucă, iar pe frotiu se observă numeroase polinucleare și pneumococi.

Suntăm deci în fața unui caz de *poliartrită pneumococică*, survenită în convalescența unei bronhopneumonii, localizată la un cot și simetric la articulațiile tibiotarsiene, pe cale sanghină. Procesul infecțios s'a pus

în evidență din anamneză, puncția articulară și viteza de sedimentare foarte mult accelerată.

Ca tratament: dela început s'a administrat copilului sulfamidotiazolul (eleudron) timp de 6 zile câte 0,75 gr pe zi, repartizat în 6 doze egale, apoi emetice și transfuzii sanghine, iar local comprese. Din ziua a 3-a de tratament s'a observat o ameliorare vădită. La 3 săptămâni de tratament articulațiile au fost libere, iar după 4 săptămâni dela internare copilul părăsește Clinica complet vindecat, cu toate mișcările din articulații.

CLINICA INFANTILĂ ȘI DE PUERICULTURĂ CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. Gh. Popoviciu

RÉSUMÉ

Contributions à l'étude des arthrites infectieuses secondaires du nourrisson

De 5 cas de mono- et polyarthrites infectieuses secondaires chez des nourrissons de sexe masculin de 1½—8 mois, l'un d'origine gonocoecique (articulation du genou droit) guéri par vaccin antigonocoecique (avant l'ère sulfamidique); les autres d'origine pneumocoecique (après bronchopneumonie, — l'un unilatérale à l'articulation scapulo-humérale, l'autre bilatérale chez la même articulation, le 3-e à l'articulation coxo-fémorale avec luxation et le 4-e à l'articulation du coude gauche et aux articulations tibio-tarsiennes); guérison après prontosil, éleudron, hémothérapie (intramusculaire, transfusion sanguine); dans tous les cas ponction et dans les cas pneumocoeciques (à l'exception du dernier cas, traité avec éleudron) aussi petites incisions, ou même drainage.

Febra tifoidă la copii

de

Prof. Dr. I. Gavrilă și Dr. Sm. Cădăriu

Toți autorii sunt de acord să recunoască, că febra tifoidă este mai puțin frecventă în copilărie decât în adolescență și chiar decât la vârsta adultă. De asemenea stabilit este că numărul cazurilor diminuează în prima copilărie, pentru a deveni aproape excepționale la sugari. De aproape de 100 de ani este considerată la copii sub 10 ani ca o boală rară. Adevărat, că multe din cazurile de febră tifoidă ale copilului mic au fost trecute, înainte vreme, în categoria de febre considerate criptogenetice și cari au fost etichetate adesea cu denumirea de febre de creștere.

Statisticele vechi (Murchinson, Hutinel, Darré, Rilliet, Barthez, Brouardel), ca și cele mai recente (Löschner), arată o frecvență mai mare a cazurilor între 7 și 14 ani.

Patogenie. Mecanismul de pătrundere al bacilului Eberth în organism este în general același ca și la adult.

Cea mai obișnuită cale de infecție este prin apa de băut. Laptele și derivatele lui întrebunțate pe o scară întinsă în alimentația copilului, constituiesc iarăși un mod de contaminare frecvent. Este bine cunoscută epidemia de febră tifoidă apărută în urma infecției cu lapte, descrisă de von Usher din Montreal (1927) cu 5000 de cazuri și 538 de morți.

S'a pus chestiunea dacă laptele de femeie poate transmite bacilul Eberth. Achard și Bensaude au arătat că laptele de femeie bolnavă de febră tifoidă nu conține bacilii tifoidi și culturile rămân negative. Péhu a stabilit că copii alăptați de mame bolnave de febră tifoidă prezintă seroreacția pozitivă și explică aceasta prin trecerea anticorpilor din serul mamei în lapte și apoi prin acesta la copil. În orice caz mama sau doica nu poate alăpta copilul, căci dacă contaminarea prin laptele mamei este încă discutată, transmiterea se poate

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten

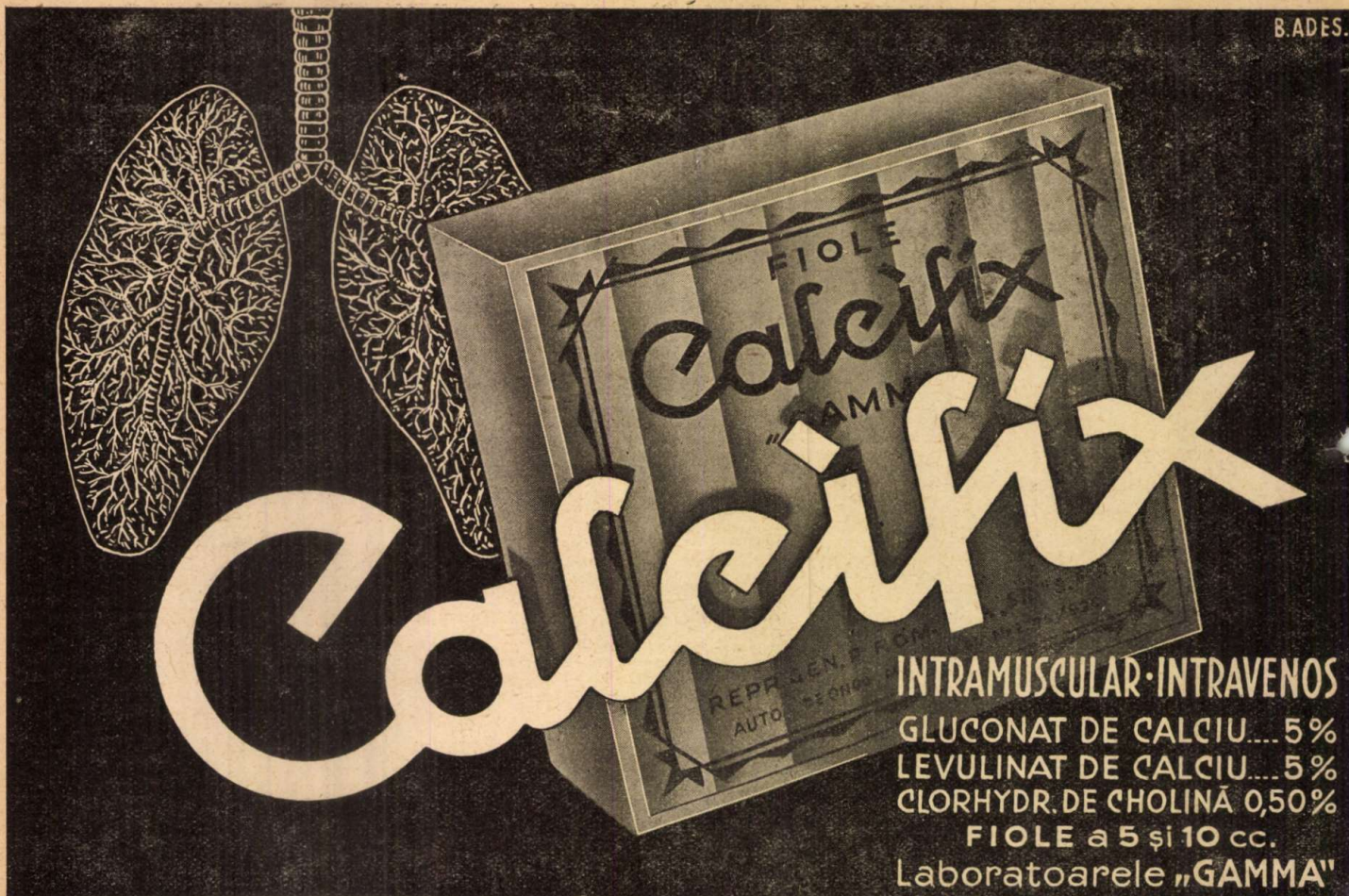


Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6.

B.ADES.



Calcefix

FIOLÉ
"GAMMA"

REPRÉSENTATION
AUTOMATIQUE

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU.... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU.... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLÉ a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

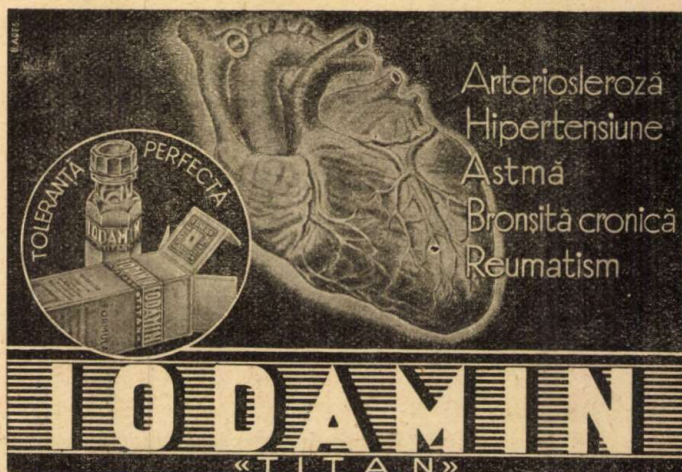
Frietiune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Antiartritic

Antireumatic



Fiole

Picături

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

face ușor direct sau indirect prin contactul intim din timpul alimențării.

Pe cale placentară, fătul poate fi contaminat, trecerea bacilului tific prin placenta fiind bine stabilită și constituie infecția zisă congenitală.

Contaminarea prin vegetale și fructe, conserve (sardele etc.) se observă de asemenea ca și la adult.

Simptomatologie. Incubația este foarte variabilă, nu depășește în general două săptămâni.

Inceputul bolii este necaracteristic: foarte adesea starea generală este bine păstrată. Alteori copilul este somnolent, nu are bună dispoziție la joc, este inapetent, uneori constipat. În general debutul bolii este rareori lent, progresiv. Debutul brusc, rapid, este un mod de evoluție particular la copii. Poate să se instaleze ca o pneumonie (*Widal*); sau începutul se prezintă sub forma unei apendicite acute (*Moizard*), a unei angine Duguet sau eritemato-pultacee, sau sub formă de puseuri acute de aspect reumatismal (*Artrofitus*) sau al unei nefrite acute (*Nefrofitus*).

În perioada de invazie tabloul clinic este dominat de tulburările gastro-intestinale: limba saburală, vărsăturile alimentare, cari, spre deosebire de adult, se instalează frecvent și sunt abundente, bilioase sau mucoase, uneori cu caracter incoercibil care ne face să ne gândim la o meningită (*Variot*). Statisticile arată că copiii prezintă în proporții egale diaree sau constipație. Simptomele abdominale sunt puțin evidente la copii; durerile în general lipsesc, de asemenea lipsesc ghiorăiturile în fosa iliacă, caracteristice adultului.

Semnele nervoase lipsesc sau sunt foarte atenuate, manifestându-se prin somnolență (*Curschmann*), sau din contră, copiii sunt neliniștiți.

Căile respiratorii nu sunt atinse în mod important. Unii atribue o valoare simptomatică epistaxisului care survine destul de frecvent în perioada de invazie.

Pulsul nu este modificat în mod însemnat, lipsește dicrotismul sub 14 ani (*Schliep*), de asemenea aritmia (*Vogt H.*). *Manicatide* a observat la mai multe cazuri o hipovagotonie și o hiposimpatocotonie arterială în toate stadiile febrei tifoid.

Temperatura prezintă oscilații ascendente care ating 39° — 40° , alteori la caracterul febrei tip invers.

În perioada de stare, vărsăturile dispar; apetitul diminuează. Limba devine saburală, cu un triunghi caracteristic cu vârful posterior descris de Marfan.

Pe văl și amigdale s-au descris ulcerări milare, cari, după unii, sunt caracteristice. La copii denutriți se observă uneori soor, parotidită sau mai rar nomă.

Scaunele sunt mai adesea dispeptice, necaracteristice, verzi mucoase, la copii mai mari cu aspect de supă de mazăre; sau se constată constipație, iar la unii chiar o funcție normală.

Meteorismul este un simptom frecvent.

Splenomegalia când este evidentă, se prezintă ca o tumoră moale, sensibilă la palpare (trebuie diferențiată clinic de splenomegalia din anemie, rahitism, lues, malarie, tuberculoză, etc.).

Roseolele apar foarte rar și în număr mic, mai multe în formele grave. *Bischof* menționează că în unele cazuri au aspect rubeoliform (după *Schotmüller* sediul lor ar fi în vasele limfatice sau în capilarele pielii). Se descriu și forme rare de roseole vesiculoase. Hipertrofia ficatului apare uneori precoce și persistă pe toată durata perioadei de stare și mai ales când sunt prinse și căile biliare își face apariția și icterul.

Bronșita apare în mod inconstant.

Bradycardia relativă nu este constantă. Scăderea tonusului inimii și a vaselor se găsește și în febra tifoidă ca și în alte boale infecțioase (*Leder* și *Stolte*), și lasă, după *Schlieps*, sufluri funcționale, după alții atonice — cari dispar pe măsură ce boala evoluează spre convalescență. Unii menționează și pericardita purulentă și endocarditele cu bacili tifici la copii.

Leucopenia, cu o limfocitoză relativă de 50—70%, se datorește acțiunii toxice și este precedată de o leucocitoză (*Nageli*); eozinofilele lipsesc. Viteza de sedimentare este accelerată, mai ales în săptămâna a 3-a.

Diagnoza reacția de obicel este pozitivă, însă nu prezintă importanță deosebită.

Prostrăția nu este importantă, dar cu atât mai accentuată cu cât copilul este mai înaintat în vârstă și mai ales la cei ce depășesc vârsta de 12—13 ani.

Rosața obrazilor se observă des la copii și se datorește paralizei simpatice.

Temperatura prezintă oscilații neregulate, cu o durată ce depășește 11—15 zile (*Henoch*). O scădere bruscă a temperaturii este întotdeauna îngrijorătoare, determinată fiind de o slăbire a inimii, o hemoragie, o perforație intestinală sau alte complicații.

Perioada de declin se poate instala ca și la adult în iluză, precedată de oscilații amfibolice sau brusc în 24 ore. Convalescența se instalează adesea mai greu, apetitul revine târziu. Apar uneori turburări trofice, manifestate prin căderea părului și descuamarea pielii, onichie și paronichie.

Complicații. Complicațiile de temut ale adultului, hemoragia și perforația intestinală, se observă în general rar și sunt excepționale înainte de 5 ani. Se pare totuși că hemoragia survine mai des și la copii mai mari.

Complicațiile respiratorii sunt frecvente la copii, în special pneumoniile și congestiile pot apare în faza de început, ca și în toate celelalte faze ale bolii. Pleurezile nu este rară și apare mai frecvent în convalescență, iar lichidul pleural este foarte adesea hemoragic.

Complicațiile cardiace apar în a 2—3-a săptămână. Miocardita este considerată de autori mai rară la copii decât la adulți. Fenomenele de insuficiență cardiacă se

pot instala uneori în afară de o leziune a miocardului și au fost atribuite mai mult unor turburări nervoase de origine bulbară, leziunii vagului sau simpaticului. Alții au atribuit un rol important glandelor endocrine (*Sargent, Nobecourt*), suprarenalei și hipofizei în producția sindromului miocardic. Complicațiile vasculare sunt rare la copii și când survin predomină asupra arterelor arterial.

Complicațiile renale, foarte rare de altfel, survin uneori în perioada de început.

S'au descris și complicații encefalo-meningeale, care se vindecă, mai des fără urme (*Wieland*). În lichidul cefalo-rachidian se constată prezența bacililor tifoidi, cu absența aglutininelor (*Auricchio*).

În convalescența tifoidă apar uneori psihoze: manie și melancolie. Mutismul și surditatea post-tifoidă sunt bine cunoscute în patologia infantilă. Afazia post-tifoidă are un prognostic bun. Se citează cazuri de nevrită optică și cheratomalacie.

Supurațiile articulare și periariculare, cu bacili tifoidi sau floră mixtă apar mai mult în convalescență. În decursul boalei, procesele supurative survin mai mult în infecțiile paratifice.

Spondilita descrisă de Quinke apare în convalescență sau mai târziu, în plină sănătate și adesea în legătură cu traumatism. Prognosticul ei e bun (repaus și extensie-Langer). Uneori se instalează degenerescențe musculare (*Zenker*) la nivelul dreptilor abdominali și a aductorilor coapselor cu rupturi musculare și hematoame.

Recidivele sunt destul de frecvente la copii.

Formele clinice de boală care se întâlnesc mai frecvent la copii sunt cele ușoare și de gravitate mijlocie. Formele grave sunt cele mai rare.

Febra tifoidă a sugarului. Tabloul clinic nu este caracteristic și diagnosticul este cu atât mai greu. Se prezintă o temperatură cu remisiuni, convulsii eclamptice, meningism, somnolență, accese de înfomete, vărsături, diaree. Des lipsește splenomegalia și rozeolele. Pulsul este frecvent. În tabloul sangvin apare o hiperleucocitoză, serum-aglutininele lipsesc sau rămân sub valoare multă vreme. De aceea în punerea diagnosticului se va da importanță deosebită culturilor de sânge, urină și scaun.

Sursa de infecție pentru sugar o constituie mai des mama, fie gravidă (*Freund, Lerig, Ernst și Jehle*), fie prin alăptare (*Todorovic*); altelei din lapte; sau dacă e vorba de alăptare artificială prin lapte sau apă (*Pelfert*). Mortalitatea în general este mare.

Diagnostic. Diagnosticul precoce al bolii se pune greu: se observă temperatura, bradicardia relativă, limba încărcată, eventual splenomegalia; se fac culturi din sânge.

Diagnosticul în săptămâna 2-a: o febră cu caracter continuu sau oscilantă uneori, o limbă încărcată și buze cu fulginozități, pe lângă scaune frecvente de aspectul supel de mazăre, sau din contră constipație, cu spleno-

megalie, eventual rozeole, leucopenie cu limfocitoză și serum-aglutinarea pozitivă fac diagnosticul de febră tifoidă.

Diagnosticul tardiv se face din aspectul temperaturii, de durată neclară, din complicații și recidive; se fac culturi din scaune și urină.

Diagnosticul diferențial întâmpină dificultăți.

Infecțiile paratifice A și B se elimină prin bacterio- și sero-reacții.

Febra tifoidă se poate confunda mai ales la început cu pneumonia centrală. Totuși anumite semne clasice ușurează diagnosticul: Expirație sacadată, tuse eventual, asincronismul respirator al celor două hemitorace (semnul lui Renault), lipsa expansiunii sub claviculare de partea bolnavă (semnul lui Well); absența tulburărilor gastrointestinale. Este mai greu de făcut diagnosticul când e vorba de pneumotifus. Aici hemocultura și fibrin-diagnosticul preconizat de Marfan și Rosenthal sunt absolut necesare. Apoi, hiperleucocitoza și scăderea clorurilor în urină pledează pentru o pneumonie.

Apendicita: debutul este mai brusc; cu hiperleucocitoză.

Cu tuberculoza miliară anamneza, prezența cicatricilor după tuberculoza osoasă și ganglionară, proba cu tuberculină, temperatura tip invers, examenul radiologic.

Meningita și encefalita se exclud prin puncția rahidiană.

Gastroenteritele și enterocolitele copilăriei și mai ales ale sugarului se confundă uneori cu tabloul febrei tifoidă, mai ales în cazurile când se însoțesc cu temperatură ridicată. Aici, numai sero-reacțiile pun diagnosticul.

Septicemiile grave: tabloul clinic diferă de cel din febra tifoidă, temperatura înaltă cu frisoane, scăderi brusce de temperatură, transpirații abundente, hemoragii, nefrită, determinări articulare și polinucleoză.

Cistita și pielita mai ales la fetele mai mari se exclud prin culturi și examenul microscopic al urinei.

S'a descris și o formă tifoidă de reumatism articular acut în care durerile apar numai tardiv în ziua 8-12-a, care se elimină numai printr'un tratament salicilat.

Gripa se însoțește de obicei cu un catar al căilor respiratorii, totuși uneori diagnosticul este dificil și numai laboratorul face diagnosticul de siguranță.

Ar mai veni în discuție o eventuală boală a lui Bang. Febra cu caracter ondulat, hemocultura și reacția de aglutinare înlesnesc diagnosticul.

Prognosticul în general este mai bun decât la adult, formele ușoare de boală se observă mai des; este cu atât mai grav cu cât copilul este mai tânăr.

Tratamentul. S'a încercat un tratament ca și la adult, prin vaccinoterapie (*Vincent*), care nu poate să

fiu eficace decât la începutul bolii. Seroterapia (Bordet) de asemenea nu dă rezultate multumitoare.

Hetero- și auto-hemoterapia, precum și injecțiile cu plasmă și ser retroplacental (Homoseran) și mai ales transfuziile sanguine dau rezultate bune, mai ales la sugari, cari de altfel fac și formele cele mai grave de boală. Schotmüller recomandă serul de convalescent.

Chimioterapie. Injecțiile cu urotropină (Krusche-Stefania), cu neosalvarsan (Verrier, Iacob, Leitner), par să influențeze curba termică, cu o ameliorare a stării generale, cauzatul, criogenina, germicidul, piramidonul în doze mici produc o scădere pasageră a temperaturii. Sulfamidoterapia și în special sulfamidele albe întrebunțate pe o scară întinsă în tratamentul bolilor infecțioase, nu influențează în mod evident evoluția bolii.

Medicația antitermică hidrică (Brand) trebuie executată cu aceleași precauțiuni ca și la adult.

Tratamentul dietetic: Alimentația va fi exclusiv lactat-hidrică pe întreagă durata perioadelor febrile (Nobecourt, Müller, Vogt, Schotmüller, Kiessel). În perioada de convalescență, trebuie să se țină seama nu numai de rația de întreținere, ci și de cea de creștere a copilului.

Tratamentul complicațiilor este același ca și la adult. În hemoragia intestinală, în afară de tratamentul local (pungă cu gheață) și repaos, se fac transfuzii, injecții cu clauden, sango-stop (pectine vegetale) și mai ales cu vitamină K (Karan), precum și tonocardiac. În perforații tratamentul chirurgical neîntârziat.

Profilaxia specifică a febrei tifoidice este unanim admisă ca necesară și la copii; se preferă calea subcutană, prin inj. de T. A. B., la nivelul omoplatului, câte trei injecții la intervale de 8 zile ($\frac{1}{2}$ cc—1 cc). Carlin-fanti recomandă vaccinările cu culturi bogate în antigen somatic O și Vi, atenuate cu acetonă, vaccinul astfel preparat având calități imunizante și prezentând o toxicitate redusă. (1943). Vaccinarea pe cale bucală este puțin eficace.

Experiența personală. Aceste considerațiuni se bazează pe o statistică de 279 cazuri de febră tifoidă, survenită la copii între 1—16 ani, observate în Spitalul Epidemic din Cluj între anii 1935—1940 și în Clinica boalelor contagioase la Sibiu în anii 1941—1943.

Dăm alăturat un tablou de ansamblu (Nr. 1) al tuturor cazurilor de febră tifoidă internate în aceste intervale de timp în serviciile de mai sus.

TABLOUL I

C O P I I				A D U L T I			
Nr.	‰	Morți		Nr.	‰	Morți	
		Nr.	‰			Nr.	‰
279	24,2	14	5,01	871	75,8	118	13,7

Din analiza acestui tablou se constată următoarele

1. Numărul cazurilor de febră tifoidă între vârsta de 1—16 ani este de 279 față de 871 la adulți pentru aceeași perioadă de timp, deci proporția este de 24,2‰ pentru copii față de 75,8‰ la adulți.

2. La copii sunt 14 morți (5,01‰), pe când la adulți sunt 118 morți (13,7‰), deci letalitatea este mult mai mare la adulți decât la copii, ceea ce arată că febra tifoidă are un prognostic mai bun la copii, decât la adulți.

Febra tifoidă în raport cu anii de vârstă:

TABLOUL II

Vârsta	1—2 ani	3—5 ani	6—10 ani	11—16 ani
N-rul bolnavilor	4	15	53	207
Morți	1	1	1	11
Mortalitate ‰	25‰	6,6‰	1,8‰	5,3‰

Din observarea acestui tablou se constată o frecvență predominantă a cazurilor între 11—16 ani, apoi între 6—10 ani, pentru a avea foarte puține cazuri între 1—5 ani, ceea ce face ca procentul de letalitate să nu fie cel real la aceste ultime vârste, numărul cazurilor fiind prea redus.

Repartizarea după sex. În raport cu sexul, au fost 123 băieți și 156 fete, deci o predominare netă a bolii la sexul feminin, ceea ce se constată de altfel în toate statisticele și la adult. Însă această predominare a bolii la sexul feminin și la vârsta copilăriei, nu confirmă explicația ce se dă mai desori pentru predominarea febrei tifoidice la femei în general, anume că această predominare ar fi din cauza vaccinării antitifo-paratifice la care sunt supuși în mod obligator bărbaii în armată. Într'adevăr, în cazul copiilor nu intervine acest factor al vaccinării, pentru că de obicei nu sunt vaccinați, și totuși boala predomină la fete.

Gravitatea și vârsta. Pentru a putea aprecia gravitatea febrei tifoidice în raport cu vârsta, dăm tabloul alăturat:

TABLOUL III

Forma	1—2 ani		3—5 ani		6—10 ani		11—16 ani		16—60 ani	
	Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰	Nr.	‰
Ușoară . . .	2	50	8	53	20	37	72	35	338	39
Mijlocie . . .	2	50	5	33	19	36	83	40	279	32
Gravă	—	—	2	14	14	27	52	25	254	29
Total	4		15		53		207		871	
Morți	1	25	1	6,6	1	1,8	11	5,3	118	13,7

Din analiza acestui tablou (Nr. III) se constată că în general la copii formele grave de boală sunt într'un procent ceva mai redus, decât la adulți: la copii între 3—5 ani sunt într'o proporție de 14%, între 6—10 ani 27%, între 11—16 ani 25%; pe când la adulți proporția cazurilor grave este de 29%. Însă nu este mai puțin adevărat că există numeroase cazuri grave de febră tifoidă și la copii, unele chiar extrem de grave, ba chiar mortale. Letalitatea generală la copii, după cum am arătat în tabloul I, este de 5,01 față de 13,7% la adulți. Este un procent de letalitate mult mai redus ca la adulți, totuși el există și încă destul de important. În consecință, regula generală după care febra tifoidă ar fi mult mai ușoară la copii decât la adulți nu se poate menține în mod absolut, pentru că și în vârstă copilăriei cazurile grave de boală sunt destul de dese, chiar și mortale.

Repartizarea după anotimpuri. Din repartizarea cazurilor după anotimpuri se constată, ca și la adulți, că frecvența lor este mai mare în lunile de vară și de toamnă, cu apogeu în August—Septembrie—Octombrie, însă există cazuri sporadice și în cursul iernii.

Complicațiuni. Au survenit următoarele complicațiuni în cele 279 cazuri: hemoragii intestinale în 11 cazuri (3,9%), perforațiile intestinale 1 (0,36%), colecistite 6 (2,1%), flebite 5 (1,7%), miocardite 68 (24%), nefrită 1 (0,36%), congestie pulmonară 15 (5,3%), parotidită 1 (0,36%), adenită 2 (0,72%), recidive 30 (10%).

În consecință, în vârstă copilăriei se constată toate complicațiunile febrei tifoidice, pe care le întâlnim și la adult; sunt însă de o frecvență mai redusă decât la adult.

Pentru comparație dăm procentul diferitelor complicațiuni constatate de noi la adult: hemoragie intestinală 8,6%, perforațiile intestinale 1,7%, colecistită 6,5%,

flebită 6,2%, miocardită 40%, nefrită 8,1%, congestie pulmonară 4,9%, pneumonie 1,4%, pleurozie 1,7%, parotidită 1,42%, recidivă 10,5%.

Deci, toate complicațiunile sunt mult mai dese la adult, afară de recidivă, care este în același procent de 10%, la copii și la adulți.

CLINICA BOLILOR CONTAGIOASE

Director: Prof. Dr. I. Gavrila.

RESUMÉ

La fièvre typhoïde chez l'enfant

Les auteurs communiquent une statistique de 279 cas de fièvre typhoïde chez des enfants de 1—16 ans, avec 14 morts (5,01%). D'après la gravité 102 ont présenté des formes légères, 109 des formes de gravité moyenne, 68 des formes graves.

Les complications ont été les suivantes: hémorragies intestinales dans 11 cas (3,9%), perforation intestinale 1 (0,36%), colécytites 6 (2,1%), phlébites 5 (1,7%), myocardites 68 (24%), néphrite 1 (0,36%), congestions pulmonaires 15 (5,3%), parotidite 1 (0,36%), adénite 2 (0,72%), récidive 30 (10%).

ZUSAMMENFASSUNG

Der Typhus abdominalis des Kindes

Die Verfasser bringen eine Statistik über 279 Fälle von Typhus abdominalis bei Kindern im Alter von 1—16 Jahren, bei einer Sterblichkeit von 5,01% (14 Fälle). Der Form nach waren 102 leichte, 109 mittlere und 68 schwere Fälle.

Es treten folgende Komplikationen auf: 11-mal Darmblutungen (3,9%), 1-mal Darmperforation (0,36%), 6-mal Gallenblasenentzündungen (2,1%), 5-mal Phlebitiden (1,7%), 68-mal Myocarditis (24%), 1-mal Nephritis (0,36%), 15-mal Lungenstauungen (5,3%), 1-mal Parotiditis (0,36%), 2-mal Adenitis (0,72%) und 30-mal Rezidive (10%).

Afecțiuni cardio-reumatismale larvate de siringo-mielie

de

Dr. Florin Căprariu
medic internist

și

Dr. Leonida Dragomir
medic neuro-psihiatru

Poli artrită reumatică asociată cu insuficiență mi-trală și hipertensiune arterială cu ictusuri, este diagnosticul cazului nostru cu care bolnavul a fost tratat timp de 31 ani de medicul cu renume mondial în timp ce bolnavul suferea de siringo-mielie genulină.

Syringo-mielia sau Giloza spinală este o afecțiune caracterizată prin formarea unor cavități în apropierea canalului medular, care leziuni duc apoi la un tablou clinic special. Ea apare între 20—40 ani întotdeauna după pubertate și înainte de începerea involuției sexuale.

Progresează lent, prin faptul că aceste cavități se amplifică în dauna țesutului medular. Cavități intra medulare se mai pot întâlni și în Mielomalacii, Hemato-mielii și rezoluții de tumori medulare.

Acestea se numesc însă siringo-mielii secundare, cavitățile pot interesa întreaga măduvă, mai frecvent însă acestea se limitează la anumite porțiuni. Când interesează și bulbul se recurge la *Syringo-Bulbie*. De obicei cavitățile se extind numai până la jumătatea protuberanței însă Spiller a descris un caz în care leziunea

s'a extins printr-o cavitate unică dela segmentul sacrat până la nucleul caudat.

Simptomatologia clinică. Aceasta se rezumă la 3 grupuri de turburări: 1. de sensibilitate, 2. de motricitate, 3. turburări digestive.

1. **Turburările de sensibilitate** se explică prin apariția cavităților în coarnele posterioare unde distrug căile de transmisiune ale sensibilității termice și dureroase cu păstrarea relativă a sensibilității tactile. Aceste leziuni sunt localizate mai ales la membrele superioare și inferioare, iar la trunchi apar sub formă de centură. Aceste turburări de sensibilitate sunt precedate de obicei, iar uneori însoțite de parestezii f. supărătoare. Dintre aceste parestezii care survin sub diferite forme cele mai frecvente sunt *durerile reumatoide* spontane însoțite de modificări trofice, musculare și articulare care la rândul lor servesc cea mai frecventă cauză a erorilor de diagnostic. În mijlocul acestor multiple parestezii bolnavul de multe ori nici nu-și dă seama de anestezia termică și dureroasă a lui, care interesează toate țesuturile mai inclusiv periostul și articulațiile.

În același timp este alterat și simțul segmentar al orientării în spațiu precum și sensibilitatea musculară în urma căreia au naștere fenomene de ataxie.

În Siringo-bulbii găsim adesea tipul de Hemianestezii (cazul nostru).

2. **Turburările de motricitate** încep în faza în care cavitățile se extind și la coarnele anterioare dând așa zisele *amiotrofii*. Turburările motorii caracteristice sunt atrofiile musculare ale membrilor superioare cu prinderea interosoșilor și cu atrofierea emințențelor tenare și hipotenare care dau mâna în formă de gheară și mâna de predicator. Alteori putem avea tipul scapulo-umeral, respectând membrele și mâinile. Prinderea mușchilor membrilor inferioare produc deformări asimetrice ca: picior equin etc. Diminuarea generală a excitabilității electrice neuro-musculare este globală la întreg organismul.

Parezele și fenomenele de spasticitate dau atrofii musculare apoi contracturi cu deformări articulare care adeseori produc acele diagnostice eronate (cum e cazul nostru) de artrite reumatice fiind tratate ca atare ani de-a rândul (în cazul nostru 31 ani) bine înțeles refractare tuturor acestor metode terapeutice.

În mușchii atrofici găsim uneori indurațiuni musculare care seamănă după cercetările lui E. Müller cu acelea din Miozita osifiantă.

3. **Turburările vegetative** se traduc prin modificări trofice evidente ca: Turburări ale secreției sudoripare, a vaso-motricității, apariția semnelor lui Horner, uneori turburări sfincteriene. Apoi turburări în troficitatea cutanată și a scheletului cu decalcificări osoase și fracturi spontane.

În acest capitol amintim hiperhidroza la rece, acrocianoza membrilor prin insuficiența irigației sanguine. Edem pe fețele dorsale ale mâinilor „Mal suculent a lui Marinescu”. Dermografism proeminent, heterocromia irisului. Acest din urmă simptom este constant în așa zisul Status dysraphicus.

În siringo-mielle libidoul este mult scăzut, iar gravitatea poate fi dusă la termen fără niciun accident și nașterea se face uneori fără nici o durere. Turburări cutanate ca: ragade și fisuri cu cicatrici multiple se produc din cauza dispariției sensibilității dureroase.

Cheiro-megalia constă într-o deformare hipertrofică a mâinilor la siringo-mielle, iar Podo-megalia este aceeași afecțiune localizată la picioare. Căderea părului și contracțiunea mâinii Tip „Dupuytren” precum și eczeme cronice cu descuamațiuni diferite sunt întâlnite la siringo-mielle.

După Sclessinger 20–25% din siringo-mielle au artropatii, care pot fi uneori simptome precoce de mielle însă sunt dureroase. Uneori dau fistulizări articulare. Majoritatea bolnavilor siringo-mielle au deformațiuni ale coloanei vertebrale și a toracelui, cifoză și cifoscolioză.

Reflexele osteo-tendinoase sunt dispărute de obicei la membrele superioare și sporite la cele inferioare. Punctia rahidiană e negativă iar turburări psihice nu găsim. Acești bolnavi însă sunt depresivi din cauza inferiorității lor.

În ce privește prognosticul, acești bolnavi au remisiuni îndelungate în care ei se cred aproape vindecați însă despre vindecări definitive nu poate fi vorba.

Moartea în siringo-mielle survine prin afecțiuni intercurrente ca Pneumonia de Deglutție.

Diagnosticul diferențial se face cu Tabesul, Scleroza în plăci, Lepra și cu Afecțiunile reumatice.

Tratamentul este simptomatic. Radlo terapia produce ameliorări mai ales asupra durerilor din siringo-bulbii, care sunt 5% din cazuri. S'a încercat simpactomia par-arterială dar cu rezultate slabe.

Bolnavul în cauză este în vârstă de 59 ani, cu numele B. H. și prezintă în antecedentele eredo-colaterale următoarele date: Părinții au suferit de Boli cardiace, iar 5 surori ale bolnavului sunt sănătoase și au copii sănătoși. Un copil al unei surori prezintă Hemeralopie.

În *antecedentele personale* bolnavul prezintă reumatism zis poliarticular încă din anul 1913 cu puseuri dureroase care îl fixau la pat în anii 1927, 1931, 1934, câte 6–8 luni. În anul 1924 a suferit de Febră tifoidă timp de 4 luni. Amigdalectomie în 1934. Apendicectomie în 1936. A fost tabagic și etilic moderat.

Istoricul bolii actuale. În anul 1913, fiind Șeful secției de accidente dela Casa de Asigurări Sociale, a trebuit să facă o deplasare într-o regiune muntoasă la o altitudine de aproximativ 6–700 m. în timp de iarnă spre a verifica împrejurările unui accidentat asigurat. Stând aproape 24 ore în frig mare a amețit, și-a pierdut cunoștința, iar în urmă cu 5–6 ore s'a trezit într-o Farmacie dintr-o localitate apropiată. Văzut de medicul local i s'a constatat o stare febrilă care a durat 4 zile pe urmă a fost adus la Sibiu, unde a fost tratat timp de 9 luni cu Poli artrit.

În anul 1914 a fost tratat la Budapesta fără rezultat, ceea ce l-a determinat să consulte pe prof. Dr. von Norden dela Viena, care i-a spus că Artropatiile sale ar fi incurabile putând spera cel mult o ameliorare, prescriindu-i ghete ortopedice, pe care bolnavul le poartă și în prezent. Între timp a frecventat toate stațiunile balneare cunoscute ca: Pistyan, Miercurea Sibiului, Felix, Herculane de 4 ori, Ocna-Sibiului, etc. În anii 1914—1924 bolnavul și-a continuat ocupațiunea cu termitențe când apoi a demisionat. A fost operat de amigdale, spunându-i-se că prin extraparea lor se va vindeca de Poli artrită. Timp de 2 ani s'a simțit relativ mai bine, iar în anul 1939 după ce a urmat toate medicațiunile prescrise de diferiți medici, printre cari și diferite regimuri de fructe crude, abținere de la fumat, etc., bolnavul s'a simțit tot mai rău. A fost fixat la pat prezentând simptome cardiace ca cianoză a feței cu dispnee f. accentuată, cefalee și paralizie a membrelor inferioare.

În anul 1940 a fost văzut de d-l Conf. univ. Dr. Aurel Moga, care i-a constatat insuficiență mitrală și hipertensiune arterială, prescriindu-i tratamentul cuvenit.

A recomandat însă cu multă insistență un examen neurologic care a fost făcut de unul din noi constatând o Siringomielie avansată, urmând apoi și tratamentul nostru medical adecvat afecțiunii sale.

Starea prezentă. Bolnavul de statură mijlocie, cu tegumentele normale colorate și cu țesutul celulo-adipos păstrat. Sistem osos intact cu excepția picioarelor și a articulațiilor tarso-metatarsiene cari au formă de *ghiară scobită* și cari au determinat bolnavul să poarte tot timpul ghete ortopedice. Asemenea articulația carpo-metacarpiană dela ambele mâni are forma clasică de *Mână în formă de ghieră*. La ambele picioare se observă *deformațiunea tip Friedreich* în formă de *cocoș de pușcă*. Atât la mâni, cât și la picioare se observă o dispariție a troficității și chiar o atrofie remarcabilă a mușchilor interosoși și a tuturor mușchilor extremităților, precum și ai emințelor tenare și hipotenare cu atitudini vicioase consecutive.

Se constată o dispariție completă a sensibilității termice și dureroase la toate membrele și la trunchiul, iar la brațul și antebrațul stâng o anestezie tactilă și articulară. Pe fața externă a antebrațului stâng se observă o cicatrice provenită din arsură pe când bolnavul se încălzea la sobă și nu a simțit arsura tegumentului. Afară de aceasta se mai constată o deformațiune a coloanei vertebrale care prezintă o cifoză pronunțată. În pozițiunea declivă a membrelor inferioare se observă o cianoză pronunțată a gambelor și mai ales a articulațiilor tibio-tarsiene.

Pupilele sunt regulate, rotunde centrale cu reacțiuni păstrate atât la lumină, cât și la acomodarea la distanță. Reflexele cutanate (abdominale și cremasteriene) dispărute, iar cele osteo-tendinoase mult diminuate la membrele superioare.

Reflexele achiliene abolite, iar cele patelare mai vii.

Aparatul respirator nu prezintă nimic deosebit, iar **Aparatul circulator**: matitate precardiacă ușor mărită în ambele sensuri cu puternic suflu sistolic la orificiul mitral care se propagă spre axilă. Tensiunea arterială variază între 21—10, 19—8, V. L.

Abdomen de circumferință normală cu țesutul celulo-grăsos păstrat.

Aparatul urinar și genito-urinar nu prezintă simptome de alterațiuni patologice. Din punct de vedere psihic se observă o ușoară depresiune. Mersul bolnavului este dificil, uneori merge singur, sprijinindu-se de obiectele din jurul său, de regulă însă ajutat. Turburări sfinteriene nu prezintă.

Din punct de vedere ocular bolnavul suferă de o *Hemeralopie* ca și un nepot al lui, iar din punct de vedere oftalmologic s'a constatat prin examenul d-lui Dr. Păcurariu Ioan, asistent la Clinica Oftalmologică o Chorio retinită pigmentară care ar putea explica turburările hemeralopice.

Tratamentul este simptomatic, după cum s'a indicat și mai sus, iar în privința afecțiunilor medicale este cel cunoscut, regim, medicațiunea tonicardiacă și hipotensivă.

În rezumat în cazul nostru este vorba de o *siringomielie* genulă care a evoluat timp de 31 ani, fiind tratată de majoritatea medicilor ca o *Poli artrită deformantă cronică* și aceasta cu atât mai mult că în timpul din urmă bolnavul a prezentat și o *insuficiență mitrală* cu *hipertensiune arterială*.

Data fiind raritatea cazurilor de *siringomielie*, erorile de diagnostic mai ales în formele ei incipiente sunt destul de frecvente. Noi am insistat ceva mai mult asupra simptomatologiei căci *siringomielia* se confundă mai ales cu afecțiunile reumatice deformante, iar intenția noastră a fost de a ilustra cât mai bine acest caz prin diagnosticul lui diferențial, uneori atât de dificil.

Bibliografia:

Hațieganu-Goia: Tratat elementar de Semiologie și Patologie Medicală volumul II—III.

Ramon: Conférences de Clinique Médicale, vol. III, V, VIII.

Urechia-Mihăilescu: Tratat de Patologie neuro-mentală.

Mohr u. Staehelin: Handbuch der Inneren Medizin, Ed. III, vol. V, p. II. Berlin.

RESUMÉ

Les auteurs décrivent un cas de syringomyelie avancée qui a causé des déformations articulaires a été diagnostiqué et traité pendant 31 années comme un rhumatisme articulaire déformant.

A présente la maladie s'est compliqué avec une insuffisance mitrale accompagnée d'hypertension artérielle.

ZUSAMMENFASSUNG

Derff. beschreiben den Fall einer vorgeschrittenen Syringomyelitis, welche 31 Jahre lang, infolge von Gelenkdeformationen als eine Polyarthritis rheumatica deformans angesehen und behandelt wurde.

In letzter Zeit gesellte sich eine Mitralinsuffizienz mit Hypertension dazu.

Osteopsatroza idiopatică

de

Dr. Radu Cornel, Dr. Pop E. Teodor și Dr. Scurtu Alexe

Osteopsatroza idiopatică sau osteogeneza imperfectă tardă a Germanilor a fost descrisă de Lobstein în 1825 ca o maladie hereditară caracterizată prin o fragilitate excesivă a oaselor lungi, sclerotice albastre și surditate. Osteopsatroza idiopatică după Marfan și Péhu, par a fi o manifestare mai ușoară și mai tardivă a aceluiasi proces morbid, care se găsește la osteogeneza imperfectă.

După o statistică de Banfriger și Hudschnski aproape 50% din cazuri își au debutul în primul an.

Simptomatologie. Chiar dela nașterea acestor copii, se constată fontanelele largi și moliciunea generală a craniului. Când copilul începe să facă mișcări mai multe, se produc fracturi la traumatisme minime.

La un bolnav s'au constatat 40 de fracturi (Mc. Officer). Fracturile se produc fără durere, fără flictene, impotența funcțională este completă, manoperele de diagnostic pot provoca noul fracturi. Sunt atinse mai des oasele lungi, tipul frecvent de fractură este în lemn verde, rar fractura este completă și deschisă. Tendința de reparație este bună și constituie un fenomen paradoxal la o boală unde vitalitatea osoasă e diminuată; fenomenul se explică prin faptul că lipsește mai mult țesutul calcifiabil și traveele osoase sunt așezate anormal. În unele cazuri se constată o calcifiere marcată a cartilajilor laringelui (Constance M. Otley) în alte cazuri se observă o combinație între rachitism și osteopsatroză, în acest caz pe lângă semnele de osteopsatroză se observă și semnele clasice de rachitism (Masarová).

Un al doilea simptom important este *sclerotica albastră*, descris de Eddowes în 1900, produsă din cauza subțierii sclerotice care lasă să se vadă prin transparență retina. După Hay și Buchan la acești bolnavi sclerotica e mai subțire cu 1/3 din grosime ca la oamenii sănătoși.

Turburările auditive sunt frecvente în osteopsatroză, au fost descrise de Adair și Dighton în 1912. Ele sunt datorite unei otoscleroze constatată și istologic. Radiologic s'a găsit o concentrare calcară la nivelul labirintului. Apert explică surditatea prin forma curioasă a craniului, care prezintă bombări la nivelul oaselor occipital și temporal. Poziția oblică a osului temporal dă o direcție obligă și membranei timpanului, iar prin aceasta se provoacă o laxitate a ligamentelor, care leagă oscloarele de casă. La un caz al lui Ebner s'a găsit o limfocitoză de 40% și o ușoară eozinofilie. În sânge Glanzmann constată în osteopsatroză calciu normal și fosfor scăzut în timp ce în osteogeneza imperfectă valoarea calciului și a fosforului e ridicată.

În afară de semnele principale amintite mai sus ca: fragilitate osoasă, sclerotică albastră și turburări auditive s'au observat la unele cazuri câteva semne de importanță secundară: migrenă, acrocianoză, turburări vasomotorii, laxitate ligamentară, păr subțire, unghii fragile, smalțul dentar defectuos, dinții având o transparență mărită. Într'un caz al lui Ellis s'a observat arachnodactilie.

Examenul radiologic: Mai atinse sunt oasele lungi a căror corticală este foarte subțiată, oasele prezintă o transparență mărită la razele X. Fracturile recente prezintă o atrofie a corticalei și spații transparente fără structură, cu subțierea și incubarea diafizelor, asemănător osteomalaciei (Mollard). Transparența marcată a oaselor se datorește diminuării numărului și grosimii traveelor osoase. Fracturile vechi nu se mai cunosc căci își relau aspectul normal al osului dinainte de fracturare.

Canalul medular este lărgit. La un caz al lui Ebner s'a observat o lărgire și adâncire pronunțată a șelei turcești ceea ce ar presupune hipertrofiile a hipofizei. Klenböck deosebește 4 stadii în evoluția osteopsatrozei:

I. **Stadiu de latență**, se pune diagnosticul numai radiologic.

II. **Stadiu principal.** Când se produc fracturi, găsim o osteoporoză pronunțată în tot scheletul, un desen slab al corticalei și al spongioaselor.

III. **Stadiu intermediar.** Osteoporoza este reparată înegal, din cauza imobilității după fracturile din stadiul anterior, diminuându-se astfel cantitatea de calciu dela nivelul fracturilor. Diafizele se vor subția pe când epifizele sunt normal dezvoltate.

IV. Osteoporoza atinge și coloana vertebrală și oasele bazinului, luând forma unei inimi de quartă ca în osteomalacie.

Anatomopatologic. Oasele feței, coastele, claviculele, bazinul, prezintă o osificare defectuoasă. Oasele lungi sunt scurtate din cauza diformățiilor produse de vechile fracturi. Epifizele sunt normale sau puțin hipertrofiate, țesutul osos este foarte friabil, corticala se poate imprima cu degetul, canalul medular este foarte larg și umplut cu o măduvă osoasă. Examenul conținutului de calciu în schetel după metoda Does—Corter—Seeder arată o diminuare a calciului în extremitatea distală a radiului făcută la doi copii bolnavi de către Halbertsma și W. Moll. După frecvența fracturilor oasele se pot clasa astfel: 1. oasele gambelor, 2. oasele antebrăului, 3. humerus, 4. clavicula și coastele.

Istologic. Se constată o osificare encordrală normală. Cartilajul de conjugare nu arată nimic patologic.

Creșterea osului se face normal, totuși este o așezare defectuoasă a traveelor osoase, pătura osteoblastică e regulată, dar insuficientă, sau uneori lipsește. Osificația perlostală se face la fel ca cea endondrală și aici constatăm o deficiență osteoformativă, traveele sunt subțiri și dispuse în desordine, există numai un strat subțire de os compact subperlostal. Perlostul e fibros și puțin vascularizat. Măduva osoasă e în general galbenă, grasă, slab vascularizată cu citologia normală. Examenul dinților prezintă o pulpă rău dezvoltată. Odontoblastele nu au dispoziția de epiteliu, fibrele lui Tomes sunt scurte. Mai nou se acceptă ipoteza lui Galt și Baccarini, prin care se acordă mai puțină importanță funcției osteoblastelor și mult mai mare importanță hiperactivității osteoclastelor.

Etiologia. Hereditatea în osteopsatiroză e continuă, fără diferență de sex, nu există o ereditate atavică; nepoții nu vor avea boala bunicilor dacă părinții n'au avut-o, se moștenește după caracter mendelian dominant și se transmite cam la 50% dintre descendenți (Apert).

Etiologia necunoscută bolii croșce ca: sifilisul, tuberculoza și alcoolismul ar avea un rol secundar.

Patogenic. Se constată o insuficiență a țesutului mezenchimatous: osteoblaste, condroblastre, fibroblaste având o constituție și o activitate funcțională redusă (Bauer) unii incriminează glandele endocrine drept cauzele a fenomenelor de osteopsatiroză. Ebner constată la un caz de osteopsatiroză o înfundare a șelei turcești pe imaginea radiografică din care s'ar putea deduce o hipertrofie hipofizară. S'au semnalat fracturi spontane la basedovienii, tot așa și gușe, la osteopsatirozi.

Mouriquand, Michel și Gangas au arătat că administrarea în doze mari de tiroidă (25 mgr. pe zi) la cobai provoacă la aceștia o fragilitate osoasă.

Diagnostic diferențial. Existând semnele principale de osteopsatiroză diagnosticul este foarte ușor. Apariția tardivă a fenomenelor ne va deosebi osteopsatiroza de celelalte maladii congenitale, observate imediat după naștere: osteogeneza imperfectă, disostoza cleidocranliană, acroplazie. De rachișmul grav se distinge prin caracterul sistematizat al leziunilor: craniotabes, mătânii costale, etc. Vom distinge osteopsatiroza de fracturile patologice, unde radiologia ne va lămurii diagnosticul. În fine deosebim osteopsatiroza de boala lui Recklinghausen care începe abia la 4 ani și este caracterizată prin transformarea fibroasă a măduvei cu apariția de cavități chistice în os.

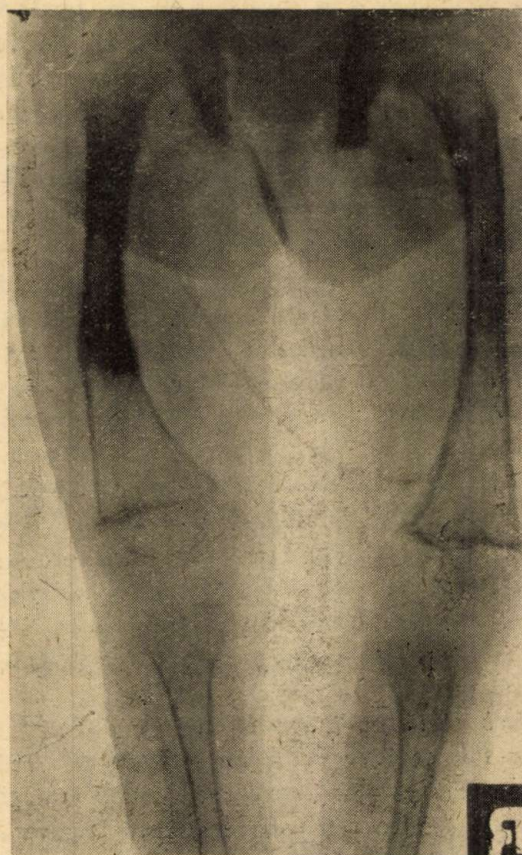
Tratamentul. S'au încercat o serie de tratamente fără rezultate prea bune. Aproape toți autorii au încercat fortificarea organismului și favorizarea depunerii calciului în oase. Apoi s'a încercat tratamente cu vitamine și raze ultraviolete (Marla d'Alphonso Napoleone). Alții au încercat a vindeca boala prin opoterapie; așa Elvino

Ruggieri a administrat la un copil de 13 ani extracte timice și adrenalină pentru fixarea calciului cu rezultate satisfăcătoare. Ioachimsthal a semnalat un caz vindecat cu săruri de fosfor.

Breuer de Fracfurt a obținut o ameliorare cu tratament combinat de lactat de stronțiu și olei de pește fosforat activat cu iradierea de raze ultraviolete. Din cele 3 cazuri ale noastre am obținut rezultate favorabile la 2 cu Vogan trei ori pe zi trei picături timp de 10 zile apoi 7 zile pauză cu repetarea tratamentului timp de 4—5 săptămâni.

Cauzistică. Obs. I. Fetița Tr. Florica de 2 ani, intră în spital la 3 Dec. 1940 cu diagnosticul de distrofie. Ant. heredocolaterale: mama nanică, trei frați sănătoși. Ant. personale: născută la termen, alimentată natural până la vârsta de 6 luni apoi mixt, înfărcată la un an.

Ex. obiectiv: copil distrofic (5750), starea generală bună, fizionomia normală, scleroticile albastre. În decubit dorsal membrele inferioare flectate pe abdomen (poziție asemănătoare unui păianjen). La mișcări pasive, articulațiile sunt laxe.



Examenul celorlalte organe nu ne dă nimic deosebit.

R. Wassermann: negativă. Ex. urinei: nimic patologic.

Ex. scheletului: La examinarea radiologică constatăm următoarele fracturi: Fractura umerusului stâng în 1/3 inferioară, vicios consolidată cu calus deformant. Fractura femurului dr. în treimea inferioară, calus palpabil, corticala e subțire, oasele transparente la razele X. Fractura oaselor radial și cubital st în 1/3 inferioară.

Diagnosticul radiologic se impune, se aplică tratamentul general și medicamentos: regim bogat în vitamine compus din Keks, brei, gris cu lapte, supă untoasă făinoasă, compot, suc de lămâie, zilnic 3 lingurițe de smântână.

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

**In reumatisme, nevralgii, nefrite, calculi renali,
artrite**

SALITINOL

Fiole

Soluție stabilă și complet indoloreasă de:

Fenilchinolincarbonat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de Sodiu 0,50 gr.

Anestezin 0,03 gr.

Injecțiuni intramusculare și intravenoase.

SALITINOL

Granule

**Lithium salicilic - Piperazină - Lithium
Benzoic - Hexametilentetramina**

SALITINOL

Pomadă

Metoxyl Anestezină Acid Salicilic - Lanolină

Produse Farmaceutice „GALENO“

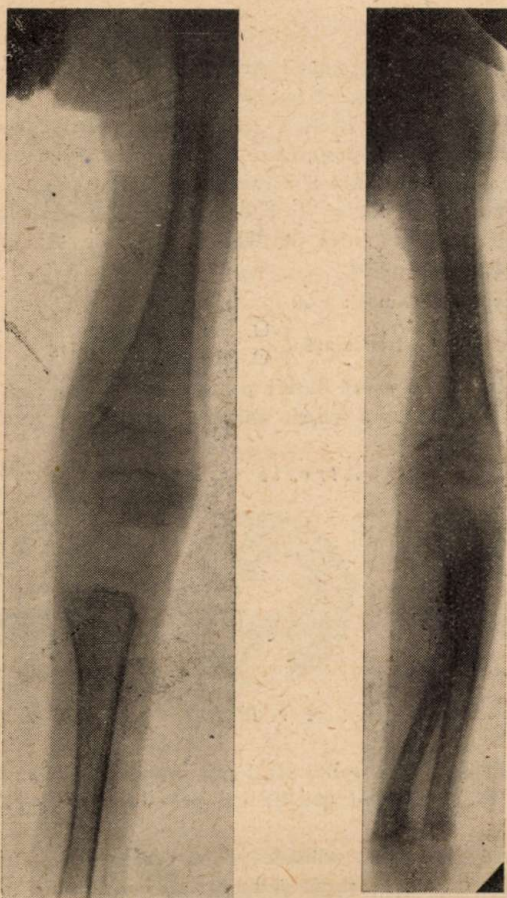
Reprezentanța pentru România

„FARMACOPEIA“, București, Telefon 5.58.35, Reg. Com. 263/937

Ca tratament medicamentos se dă Vogan 8-10 picături zilnic, 5-10 zile, cu 5 zile pauză, s'au făcut în total 4 serii. Rezultatul a fost surprinzător: în decurs de o lună-jumătate copilul crește 1 kgr. în greutate, începe să se ridice în poziție șezândă, iar examenul radiologic ne arată o corticală mai îngroșată, transparența oaselor diminuată.

La 15 Febr 1941 și 15 Apr. 1941 controlul radiologic ne arată o îngroșare a corticalei oaselor, copilul este mai vioi, gângăvesc. Greutatea la 15 Aprilie ajunge de 7900 gr. Se ridică în poziție verticală. Părăsește spitalul în 21 Aprilie 1941, vindecat.

Obs. II. Copilul C. Vasile, Turda, de 2 ani și 6 luni, vine la consultațiile dispensarului „Principele Mircea” la 20 Iulie 1942 pentru debilitate pronunțată. Ant. heredocolaterale: Mama nanică cu scleroticele albastre, un frate de 4 ani cu aceleași simptome. Ant. personale: născut la termen, alimentat natural până la vârsta



de 4 luni apoi mixt, la un an a început să umble, dar foarte repede se obosea și prefera să se târască pe mâini și pe genunchi.

Ex. obiectiv: Copil distrofic (8500 gr.). Starea generală rea, tegumentele palide, țesut celulo-adipos slab reprezentat, mucoasele palide, cap pătrat, scleroticele albastre. **Ex. pulmonar:** raluri ronflante și sibilante la ambele teritorii pulmonare. Hepato splenomegalie.

Ex. scheletului: torace deformat cu șanțul lui Harisson pronunțat. Antebrațele deformate, cu lipsa mișcărilor de pronție și supinație. Radiologic se constată o fractură în 1/3 mijlocie a radiusului stg, cubitul intact. Oasele au o corticală subțire cu osteoporoză pronunțată (stadiul II-a lui Kienböck). Tibia dr. prezintă în 1/3 superioară o linie de fractură fără tendință de calcifiere (stadiul III-a lui Kienböck). Peroneul dr. este aproape invizibil.

Se institue tratamentul cu Vogan, după două săptămâni bolnavul contractează tuse convulsivă, care se complică cu broncho-

pneumonie. Cu tot tratamentul aplicat ambulatoriu, neavând posibilități de spitalizare, copilul sucombă cu fenomene de insuficiență circulatorie la data de 25 Aug 1942

Obs. III. Copilul C. T. Comuna Opișani, jud. Turda, de 1 an și 5 luni. Se prezintă la dispensarul „Principele Mircea” la 10 Sept. 1942, cu impotență funcțională totală a membrului superior drept. Boala datează de la vârsta de 6 luni. Ant. heredocolaterale: părinți sănătoși, mama cu scleroticele albastre. Ant. personale: primul copil, născut la termen, alimentat natural, până la vârsta de 8 luni, apoi mixt.

Ex. obiectiv: copil normal dezvoltat (10 500). Tegumentele palide, mucoasele idem, țesutul celulo-adipos bine reprezentat. Examenul organelor ne arată scleroticele albastre, ușoară splenomegalie. Examenul scheletului: la inspecție constatăm o tumoră la nivelul brațului dr, la palpare tumora este dură, pielea deasupra este liberă, neaderentă, țesutul muscular aderent la tumoră. Antebrațul este hipotrofic, în pronție. Mișcările atât cele active, cât și cele pasive în articulația cotului sunt abolite. Mișcările în articulațiile scapulo-umerale și carpiană sunt libere.

Ex. radiologic: Se constată un calus hipertrofic în 1/3 mijlocie a humerusului după fractura în lemn verde, care se vede și acum. Țesutul osos neoformat acoperă întreaga porțiune mijlocie a humerusului. La nivelul antebrațului se constată fracturi multiple a ambelor oase, cu calusuri vicios consolidate. Părinții susțin că aceste fracturi s'au produs spontan deoarece nu-și aduc aminte de vreun traumatism la acest nivel.

Se prescrie tratament medicamentos cu același procedeu ca în primul caz.

Cazul n'a putut fi urmărit nevizitându-se la dispensar la o a doua consultație.



Concluziuni:

1. S'au studiat 3 cazuri de osteopsatiroză în diferite stadii și la diferite vârste.
2. Osteopsatiroza idiopatică este o boală rară de multe ori se confundă cu rachiismul, ceea ce face să nu fie recunoscută.
3. Tratamentul încercat la 2 cazuri cari s'au putut urmări, ne demonstrează importanța tratamentului cu vitamine (Vogan) în vindecarea acestor boli.

RESUMÉ

1. Nous avons étudié 3 cas d'osteopsatirose dans différents stades et aux diverses âges.
2. L'osteopsatirose idiopatique est une maladie rare qui peut être confondue avec le rachitisme, ainsi qu'on la reconnaît difficilement.

3. Le traitement essayé aux 2 malades qu'on a pu suivre, nous indique l'importance du traitement par les vitamines (Vogon).

ZUSAMMENFASSUNG

1. Es wurden drei Fälle von Osteopsathyrosis in verschiedenen Stadien und Alter beobachtet.

2. Die Osteopsathyrosis Idiopathica ist eine seltene Erkrankung und wird oft mit Rachitis verwechselt weshalb sie oft nicht erkannt wird.

3. Die in zwei Fällen angewandte mit Vogon Behandlung zeigt uns die Wichtigkeit dieses Vitamins bei der Heilung dieser Krankheit.

Atrofie iriană progresivă cu policorie, de origine sifilitică

de

Dr. Nicolae Zolog

În anul 1923 G. Arnold descrie un caz de atrofie iriană progresivă cu formare de orificii în țesutul irian, fără niciun alt simptom subiectiv sau obiectiv ocular, cu etiologie cu totul necunoscută. În anii următori o serie de autori au descris cazuri similare dintre care unele s'au însoțit de fenomene dureroase, hipertensiune intraoculară, turburări de vedere și leziuni ale altor viscere oculare. Etiologia acestor cazuri a rămas tot nestabilită, iar asupra patogeniei lor s'au emis diverse explicații aproape toate ipotetice.

Observând timp mai îndelungat un caz asemănător am putut studia bine apariția leziunilor, formarea pupilelor supranumerare, stabilind în același timp cu certitudine etiologia sifilitică.

Bolnavul nostru este soldatul U. I., de 49 ani care la 1 Aprilie 1944 se prezintă la consultațiile noastre pentru scăderea accentuată a vederii la ochiul drept.

Din *antecedentele heredo-colaterale* am aflat că tatăl, alcoolic înveterat, a murit la etatea de 50 ani. Mama moartă tot cam la aceeași etate, intoxicată cu mercur. Are o soră sănătoasă, 3 frați morți în prima copilărie și alți 2 frați morți la etatea de 18 și 22 ani. Căsătorit, soția și 3 copii sănătoși.

Antecedente personale: Adenită cervicală în copilărie, tifus exantematic în 1917. Neagă infecția sifilitică sau alte boli contagioase. Afirmă că a fost întotdeauna sănătos din punct de vedere ocular. A făcut campania din 1916—19.

Istoric: La începutul lunii Decembrie 1943 i-ar fi intrat în ochiul drept puțin pământ pe când crăpa niște lemne; după ce au trecut fenomenele reactionale, de altfel foarte atenuate, a observat o ușoară scădere a vederii ochiului traumatizat. S'a internat într'un spital, unde pe lângă tratamentul local i s'a făcut tratament antisifilitic.

Starea prezentă: De constituție fizică robustă. Tegumentele și mucoasele vizibile normal colorate. Aparatul respirator și cardiovascular nu prezintă nimic patologic. Reflexele osteo-tendinoase și cutanate normale. Reacția Wasserman în sânge pozitivă.

Examen ocular: O. D. Conjonctiva bulbară puțin hiperemiată în jurul limbului sclero-corneean. Corneea transparentă cu aspect aburit în porțiunile periferice. Irisul cu desenul șters de aproximativ aceeași culoare ca și la O. S. prezintă în apropierea rădăcinii sale în dreptul orei 6 un orificiu ovalar cu marele diametru de 3 mm., cu marginile destul de regulate, foia neuro-epitelială depășind aici foia stromală a irisului. În dreptul orei 2, tot în porțiunea ciliară, irisul mai are o perforație de 4/3 mm., cu mar-

ginile neregulate și prezentând un tiv pigmentar. Pupila centrală este mărită și piriformă, cu marele diametru orientat oblic, foia stromală este și aici atrofică, cea neuro-epitelială depășind-o; câteva sinechii iriene posterioare. (V. fig.) Ușoară anestezie pe teritoriul ramurei oftalmice a trigemenului. La examenul oftalmoscopic atât pupila, cât și orificiile iriene descrise se luminează difuz, neputându-se vedea detaliile fundului de ochi din cauza opalescenței cristalinului.

Acuitatea vizuală: 1/50.

Tensiunea intraoculară { O. D.: 40 mm. } Hg.
O. S.: 18 mm.

Bolnavul nu acuză dureri oculare sau cefalei.

O. S.: Aspect și funcție normală.

Atrofie iriană



1 IV. 1944.



4 V. 1944.



30 V. 1944.

Bolnavului i se aplică local pilocarpină de mai multeori pe zi și i se face tratament specific cu Neosalvarsan și cianură de mercur.

La 4 Mai 1944 orificiile iriene rezultate din atrofie sunt aproximativ de aceeași formă și dimensiuni ca la prima examinare. În dreptul orei 8 și 10 porțiunea ciliară a irisului prezintă puncte de atrofie a foiei stromale, lăsând să apară foia neuro-epitelială sub forma unor pete negre cu marginile neregulate.

La 25 Mai 1944 atrofia progresând a cuprins în regiunile arătate (orele 8 și 10) și foia neuro-epitelială, rezultând alte 2 orificii neregulate.

Studind și cazurile relativ puține găsite în literatura de specialitate se remarcă o identitate perfectă în ceea ce privește simptomatologia clinică, care se suprapune dela caz la caz, delimitând net sindromul așa zisel „Atrofia progresivă a irisului”.

De remarcat că în cele mai multe cazuri afecțiunea a fost unilaterală (Aitchison, Csillag, Gödl, Goedbloed, Grosz, Riehl, Rones, etc.). Aitchison susține chiar că adevăratele atrofii progresive ale irisului ar fi uni-

laterale, fără să motiveze suficient această aserțiune. Alte cazuri tipice de atrofiile iriene progresive au fost bilaterale (Fine, Muirhead, Thiel). Boala evoluând timp îndelungat, probabil că fenomenele de atrofie pot apărea mai târziu și la irisul celui de al doilea ochi, care la început era sănătos.

În cazul nostru apariția unilaterală a leziunilor s'ar putea explica prin traumatismul ce a suferit ochiul drept și al cărui rol în declanșarea unor leziuni sifilitice nu poate fi negat în stadiul actual al cunoștințelor noastre. O notă caracteristică ce se desprinde din studiul tuturor cazurilor este rezistența mai redusă a foliei stromale a irisului decât a foliei pigmentare, care rezistă mai mult acțiunii nocive care duce la formarea orificiilor iriene. Leziunile apar întâi în porțiunea ciliară, apoi în stadiile mai avansate nămicesc și porțiunea pupilară, respectând multă vreme sfincterul pupilar care este distrus abia în ultimele stadii, când nu se mai observă decât vestigiile foarte reduse din iris.

Boala se întâlnește de obicei în etatea adultă; numai cazul lui Fine este un copil de 9 ani.

O deosebită discuție s'a purtat asupra relațiilor dintre această afecțiune și glaucomul care însoțește aproape toate cazurile. Este glaucomul consecința atrofiei iriene sau invers, atrofia iriană se datorește hipertensiunii intraoculare? S'au găsit autori care să apere și unul și celălalt punct de vedere. Adevărul pare a fi de partea acelor care susțin că glaucomul se datorește tulburărilor consecutive atrofiei iriene, căci altfel ar trebui să găsim mai des în glaucom aspectul atrofiei iriene cu policorie. Ordinea apariției simptomelor clinice confirmă de asemenea acest punct de vedere, căci în cele mai multe cazuri atrofia întinsă a irisului cu policoria consecutivă a premers cu mult (în cazul lui Arnold 3 ani) apariția hipertensiunii intraoculare.

Etiologia afecțiunii în cele mai multe cazuri a fost decretată necunoscută. Csillag presupune tuberculoza, Thiel are un caz în care atrofia iriană însoțea un tabes congenital, Grosz vorbește de o rezistență iriană minoră congenitală. În cazul nostru reacția Wassermann pozitivă în sânge nu poate fi străină de afecțiunea oculară, deși tratamentul specific nu a putut opri evoluția atrofiei chiar sub ochii noștri. Originea sifilitică trebuie căutată, credem, mai des, căci adesea sifilisul latent cu reacții serologice negative poate afecta sistemul nervos vegetativ, ducând la turburări circulatorii și trofice a căror consecință este atrofia.

Asupra patogeniei atrofiei iriene progresive discuțiile se mențin tot pe plan ipotetic. Thiel presupune că leziunea inițială se găsește la nivelul nucleului trigemen din măduva alungită coafectând și simpatul, ceea ce ar duce la o trofoneuroză prin turburări în tonusul vascular și consecutiv în nutriția țesuturilor iriene. Teoriile lui Röth (tuberculoză), Grosz (abiotrofie), Kreiker, Rochat sunt mai puțin plauzibile.

Fără a ne pierde în teorii seducătoare, dar întortocheate, ca cea de mai sus a lui Thiel, putem admite că sifilisul, a cărui predilecție pentru vasele sangvine este arhicunoscută, produce sub influența unor cauze locale, care uneori ne scapă, (în cazul nostru traumatism), leziuni în pereții vasculari, leziuni constatate prin câteva examinări histologice de Lisko, constând în degenerări hialine, îngroșări ale endoteliului vascular, care prin turburările de nutriție pot provoca direct atrofiile iriene descrise, fără a se însoți de fenomene inflamatorii.

Asupra modalităților producerii glaucomului secundar examinările histologice și biomicroscopice au arătat că se produce o impregnare și astupare a unghiului de filtrație și a canalului Schlemm cu detritusuri celulare și în special cu pigment irian. La aceasta se mai adaugă sinechii iriene periferice.

Analiza unor ape minerale carbo-gazoase alcalino-teroase

de

Dr. Virgil Galea

În 1942 s'a făcut la Institutul de Igienă și Sănătate Publică din Cluj-Sibiu analiza apelor minerale din izvorul „Coroana” din comuna Boholt și izvorul „Păuliș” din comuna Buruene, jud. Hunedoara, urmând ca datele analitice să fie publicate, după ce determinările au fost completate cu unele aprecieri absolut necesare, luate la fața locului.

Analiza sumară a acestor ape minerale a mai fost făcută, datele analitice se deosebesc de cele obținute de noi. S'ar putea spune, ceea ce s'a observat și la alte ape minerale, că ele suferă, cu timpul, în compoziția lor, mici variațiuni.

În comuna Boholt, jud. Hunedoara, la o altitudine de 220 m. este situat izvorul numit „Coroana”, cu un

debit aproximativ de 1500 litri pe oră. Apa la sursă este perfect limpede, fără sediment, nu are miros de hidrogen sulfurat, are în schimb un gust plăcăcios datorită bioxidului de carbon liber solubilizat în cantități apreciabile.

O altă sursă este Izvorul numit „Păuliș” din comuna Buruene, jud. Hunedoara, situată la o altitudine de 215 m., cu un debit de 200 litri pe oră. Apa este limpede și are un conținut foarte abundent de bioxid de carbon liber. În sticle închise, după mai mult timp, se așează pe pereții un depozit aderent de culoare gălbui.

Aprecieri înregistrate la sursă :

	I Coroana	II Păuliș
Debitul, litri pe oră	1500	200
Temperatura	8° C.	8° C.
Culoarea	incolor	incolor
Aspectul	limpede	limpede
Hidrogen sulfurat	—	—

Date analitice obținute în laborator :

	I	II		
	Coroana	Păuliș		
Densitatea la 15 ⁰ C.	1,0026	1,0032		
Indicele de refracție 20 ⁰ C.	1,3339	1,33395		
Conductibilitatea	0,48 × 10 ⁻⁵	—		
Ph-ul	6,5	6,3		
Alcalinitatea cmc n/l/litru	21,8	24,05		
Duritatea temporară în Gr. G.	61,04	67,34		
Rezidiul de evaporare la 110 ⁰ C./l.	1,5160	1,5840		
Rezidiul sulfatat gr. la litru	1,9360	2,0360		
Suma cationilor în sulfat gr./l.	1,8949	1,95115		
Bioxid de carbon liber gr./l.	0,8703	1,12904		
Bioxid de carb.semicombinat gr./l.	0,9694	1,05844		
Nitriți	absent	absent		
Hidrogen sulfurat	absent	absent		
Ferul total mg/l.	1,75	3,48		
Plumb	absent	absent		
Zinc	absent	absent		
Cupru	absent	absent		
Materia organică exprimată în miligrame de hipermanganat la litru	1,68	1,64		
Cationi :				
	gr/l.	M.-val.	gr/l.	M.-val.
Sodiu (Na ⁺)	0,09591	4,160	0,0985	4,283
Potasiu (K ⁺)	0,02684	0,686	0,2627	0,672
Litiu (Li ⁺)	0,00009	0,013	0,00009	0,013
Amoniu (NH ₄ ⁺)	0,000012	0,001	0,000019	0,001
Calciu (Ca ⁺⁺)	0,36136	18,031	0,37264	18,545
Magneziu (Mg ⁺⁺)	0,06074	4,172	0,06223	5,118
Fier (Fe ⁺⁺)	0,000052	0,001	0,000157	0,005
Mangan (Mn ⁺⁺)	0,000463	0,016	0,000986	0,035
Total Milivali		27,080		28,672

Sulfat (SO ₄ ^{''})	0,20705	4,310	0,1968	4,097
Bicarbonat (CO ₃ H ['])	1,34461	21,800	1,4669	24,032
Silicat (SiO ₃ ^{'''})	0,0114	—	0,01165	—
Azotat (NO ₃ ['])	urme	—	urme	—
Total Milivali		27,118		28,743

Compoziția probabilă :

	I Coroana	II Păuliș
Clorură de sodiu	0,05875 gr./l.	0,0360 gr./l.
Sulfat de calciu	0,2928 "	0,2689 "
Bicarbonat de sodiu	0,2991 "	0,3396 "
Bicarbonat de potasiu	0,06873 "	0,06727 "
Bicarbonat de litiu	0,00088 "	0,00088 "
Bicarbonat de calciu	1,1148 "	1,1751 "
Bicarbonat de magneziu	0,3655 "	0,3745 "
Bicarbonat de fier	0,00014 "	0,0005 "
Bicarbonat de mangan	0,00149 "	0,00317 "
Bioxid de siliciu	0,0088 "	0,0092 "
Bioxid de carbon liber	0,8703 "	1,12904 "
și urme minimale de iod, azotați, clorură de amoniu și substanțe organice.		

Apa dela Izvorul „Coroana” din comuna Boholt și aceea dela Izvorul „Păuliș” din comuna Buruene, sunt ape minerale carbo-gazoase, alcalino-teroase, având reziduiul fix aproximativ 1,5 gr./l., iar bioxidul de carbon liber în jurul la 1000 mgr./l.

Dintre elementele solubilizate, calciul, magneziul și sodiul se află în cantitate mai mare, sub formă de bicarbonat. Fierul, care se află în cantitate aproximativă de 1,75, respectiv 3,48, și manganul, dela sursă până la laborator, s'au precipitat aproape în întregime sub formă de carbonat bazic, respectiv carbonat, rămânând în soluție numai cantități foarte mici, cu preponderență în mangan. Din acest motiv, după o păstrare de un timp mai îndelungat în sticle închise, se depune un sediment galben brun pe toată suprafața internă a sticlei.

Apele conțin urme de azotați și amoniac, hidrogenul sulfurat și nitriți lipsesc; clorurile și sulfatii sunt în cantitate mică, iar acidul silicic este solubilizat complet. Apa este perfect limpede și materia organică este în cantitate foarte mică. Analiza bacteriologică a dovedit absența colibacililor.

Aceste date ne permit să conchidem că apele sunt din profunzimile solului și sunt foarte bune din punct de vedere igienic.

Ținând seama de conținutul în bioxid de carbon și acela în bicarbonat de calciu, magneziu și sodiu, ea este o excelentă apă de masă; mai departe, ținând seama și de conținutul mic în cloruri și relativ mic în sulfatii, poate fi utilizată și în scop terapeutic.

Siblu, 16 Iunie 1944.

INSTITUTUL DE IGIENĂ ȘI SĂNĂTATE PUBLICĂ CLUJ-SIBIU

Director : Prof. Dr. I. Moldovan

Fizioterapia în războiu

de

Prof. Dr. Marius Sturza

— Continuare din Nr. 9. —

Actinoterapia

Actinoterapia în modul cum o întrebunțăm azi este o achizițiune mai nouă a fizioterapiei. În războiul mondial trecut ea a fost întrebunțată mai mult empiric și ca parte integrantă a termoterapiei în formă de lumină cu becuri electrice de diferite culori și cu efecte, în primul rând, calorice. Acțiunea biologică și terapeutică a razelor de diferite lungimi de unde, așa cum le cunoaștem și apreciem azi, ne îndreptătesc însă să facem uz de ele în tratamentul rănilor într-o măsură mai amplă.

Cu lungimea undelor actinice crește și penetrabilitatea lor în țesutul tegumentului. Razele infra-roșii de 10.000 $\mu\mu$ până la 800 $\mu\mu$, invizibile, produc o căldură radiantă penetrantă, care totuși e mai ușor de suportat decât căldura aburului și a aerului cald. Razele luminoase roșii, orange, galbene, verzi, albastre și violete cuprind unde între 810 $\mu\mu$ și 390 $\mu\mu$ și acțiunea lor este, parte calorică, parte actinică. Nu avem cunoștință dacă din componența actinică îi revine fiecărei categorii de raze o acțiune specifică — trebuie să presupunem însă că da —; știm mai departe că cu decreșterea lungimei undelor scade și acțiunea lor calorică, iar când am ajuns în domeniul razelor ultraviolete dela 390 până la 150 $\mu\mu$, avem de înregistrat efecte biologice, chimice și terapeutice, importante și bine precizate.

Pentru răniții din războiu trebuie să avem în vedere în primul rând razele ultraviolete, aplicate cu lampa Finsen-Reyn, cu cea de Quarz sistem Hanau sau Jesionek, cu lămpile Kanden, Kadmium, Kromayer, Solarka, Jupiter, etc. Orice rană cu fractură sau cu leziuni care îl țin imobilizat timp mai îndelungat și la care apar fenomene de decalcifiere în sistemul osos, beneficiază în mod vădit de un tratament bine dozat cu raze ultraviolete. Acestea favorizează pe de o parte transformarea ergosterolului din tegument în vitamină D și astfel contribuie la producerea unui calus mai forte și la o osificare mai consolidată; pe de altă parte produce o retenție de calciu și fosfor în sânge și înlătură astfel mai repede decalcifierea prin inactivitate și debilitate.

Razele ultraviolete contribuie mai departe la creșterea numărului eritrocitelor și a hemoglobinei în caz de anemii secundare, cu cari ne întâlnim atât de des la răniți; ele produc o leucocitoză și fagocitoză urcată timp de câteva ore după aplicare, menținându-se în legătură cu aceasta timp mai îndelungat o creștere a limfocitelor. În cursul tratamentului cu raze ultraviolete este influențat și metabolismul. Oxidările sunt mărite, glicemia diminuează, metabolismul azotat se urcă la început, pentru ca în continuarea tratamentului să se producă o retenție de albumină. Razele ultraviolete produc mai departe o hipotonie a simpaticului. În legătură cu eritemul provocat de radiația ultravioletă sunt influențate și procesele imune

biologice din organism; laboratorul tegumentului produce anticorpi și astfel crește rezistența organismului față de infecțiuni de orice natură (așa numita esofilaxie alui Erich Hofmann).

Toate acestea ne indică rolul important care îi revine tratamentului cu raze ultraviolete, chiar pentru răniți. Lampa de Quarz sau una din celelalte surse de raze ultra-violete, nu ar trebuie deci să lipsească din niciun spital în care sunt tratați răniți. Instalația cea mai practică și economică pentru răniți ne-o oferă tipul de lampă Jesionek care permite un tratament simultan pentru mai multe persoane. Distanța variază între 80—120 cm., iar durata crescândă dela 2—15 minute atât pe partea anterioară, cât și cea posterioară.

În afară de aplicarea generală (cea mai uzitată și mai eficace) a razelor ultraviolete, facem uz la răniți și de aplicațiuni locale în special asupra ulcerățiunilor și a rănilor torpide fără tendință de vindecare. Aici lămpile Kadmium și Kromayer ne oferă efectele cele mai bune. Distanța pe care o întrebunțăm este la început de 60—80 cm. și durata de 5 minute, reducând în continuare distanța la 40—50 cm. și prelungind durata la 15 minute, pe lângă o aplicațiune zilnică. Dacă nu avem la dispoziție lampa Kromayer trebuie să grijim ca împrejurimea rănilor să fie bine acoperită. După curățirea rănilor și apariția granulațiunilor sănătoase mărim din nou distanța, pentru ca acestea să nu fie deteriorate printr-o radiațiune prea intensă.

O altă formă de aplicațiune locală a razelor ultraviolete este cea în câmpuri quadrate de-a-lungul nervilor periferici, în cazuri de nevralgii și neurite posttraumatice, după indicația lui Lepsky. Aici încă ne îngrijim de o acoperire precisă a împrejurimii, aplicând razele la o distanță de 70—50 cm. și cu o durată de 4—10 minute și provocând un eritem puternic. Nevralgiile sciatică, peroneale, brachiale și intercostale sunt foarte bine influențate; numai puțin resturile de inflamațiuni și exudate din cavitatea toracală și abdominală. Să nu uităm că aplicația în câmpuri a razelor ultraviolete asupra toracelui, spatelui și abdomenului are efecte antispasmodice și asupra musculaturii netede a bronhiilor, arteriolelor, a stomacului și intestinelor și pot fi întrebunțate cu succes în astm, stenocardii, angină pectorală, ulcer duodenal, colecistite și în toate afecțiunile abdominale provocate de cicatrice și aderențe posttraumatice.

În afară de razele ultraviolete, întrebunțăm în tratamentul rănilor lumina solară în formă de helioterapie, precum și spectrul modificat al acestora prin diverse aparate, cum sunt lampa Sollux, Vitalux, spectrul arcului Voltaic, lampa Minium. Unele din aceste lămpi permit, pe lângă aplicațiunea totală a spectrului inerent construcțiilor lor, o modificare a acestuia prin filtrarea lui cu ajutorul unor becuri sau geamuri de diferite culori. Astfel putem aplica un spectru alb asemănător

celul solar prin lampa Sollux, iar prin suprapunerea filtrelor scoatem din aceeași lampă raze roșii și raze albastre; același lucru ne oferă lampa Minium. Radiațiunea lampelor Vitalux conține comparativ raze calorice în cantități mai mici decât spectrul total, în schimb raze ultraviolete ceva mai abundente decât acesta. Lumina arcului Voltaic ne oferă atât raze calorice, cât și ultraviolete mai abundente decât spectrul comun.

Mal trebuie să menționăm că avem la dispoziție aparate care ne permit, pe lângă aplicarea razelor roșii calorice și cea a razelor roșii reci din becuri umplute cu gaz Neon, care exercită numai o acțiune activă, și în fine aparate care ne livrează numai raze infra, respectiv ultraroșii de diferite lungimi, cum sunt aparatele Decamicron, Hexamicron și Profundus. Cât ar fi de interesant să intrăm în detalii cu privire la acțiunea biologică și terapeutică a fiecărei categorii de raze, nu o putem face aici; ne mărginim a releva numai efectele care le produc asupra răniților.

Punem pe primul plan *Helioterapia*, care, după părerea noastră, este întrebunțată la noi prea puțin în tratamentul răniților. Toate spitalele de răniți, mai ales cele dela țară, ar trebui să aibă instalații pentru băi de soare și de aer; ori până acum nu am putut vedea asemenea stabilimente decât ca excepție. Dozarea băilor de soare este de o deosebită importanță și depinde înainte de toate de climatul în care ne găsim. La tot cazul trebuie să stabilim, că la răniți începem cu administrarea de băi de soare complete și cu durata de 15—20 minute, urcându-le la 40—60 minute, și nu cu cele parțiale ca la fizici. În caz de reacțiuni puternice, vom reduce vremelnic durata și vom lua băile mai de timpuriu, progresând mai încet.

Răniții debilitați, cu pierderi mari de sânge, suferind de anemii secundare, se vor reface mai îngrabă cu ajutorul unei helioterapii bine dozate; asemenea cei care au trecut peste procese infecțioase. Pentru cei cu lezuni osoase și cu fenomene de decalcifiere, helioterapia va fi tot atât de binefăcătoare ca și aplicarea razelor ultraviolete. Vom uza, în asemenea cazuri, pe de o parte de băile de soare generale timp de 30—60 minute, pe de alta de cele locale asupra regiunilor lezate pe care le vom putea aplica zilnic chiar timp de mai multe ore, fiind bine înțeles acoperit restul corpului și capul. Vindecarea se produce astfel mai repede, fistulizările încetează și calusurile încă se consolidează mai repede.

Spectrul complet al lampelor Sollux, Vitalux, Minium, al arcului Voltaic, îl întrebunțăm ca o formă mai cruțătoare fizioterapeutică în toate nevralgiile, migralgiile și artralgiile posttraumatice în contracturi și aderențe. Acest procedeu are avantajul de a nu angaja prea tare aparatul circulator, respirator și sistemul nervos și poate fi aplicat și la pacienții debilitați.

Din spectrul complet putem să separăm prin filtrare razele albastre, roșii și infraroșii. Razele albastre, puțin calde, acționează mai mult la suprafață, au un efect calmant și anesteziant și le întrebunțăm contra *nevralgiilor superficiale* ale trigemenului, occipitalului, a nervilor intercostali și contra *turburărilor circulatorii* în acrocianoze și congestii ușoare pe care încă le întâlnim destul de des la răniți.

Razele roșii, în preponderență calorice, și cele ultraroșii pur calorice din aparatele Profundus, Decamicron și Hexamicron, sunt mai excitante și penetrează mai adânc în țesuturi. Penetrațiunea nu merge însă paralel cu lungimea undelor, ea este mai mare la lungimea de unde între 1400—800 μ , deci aproape de lungimea undelor roșii. Atât razele roșii, cât și cele ultraroșii le utilizăm în *algii mai profunde*, atât în *mialgii*, cât și în *nevralgii* și în *celulite*; le întrebunțăm însă și în inflamații situate mai profund în cavitatea abdominală, toracală și naso-faringeală și în aderențe posttraumatice din aceste cavități. Spre scopuri analoge putem întrebunța razele roșii reci menționate mai sus, care exercită o acțiune antiinflamatorie în profunzime mai mare, fără să provoace o excitație locală mai pronunțată; astfel în *inflamații cronice* și *exudațiuni*. Razele roșii reci au o influență eficientă și asupra rănilor purulente, producând cicatrice netede.

Termoterapia

Cu lumina spectrală, cu razele roșii, ultraroșii și helioterapia am trecut involuntar dela actinoterapie în domeniul *termoterapiei* și este greu să separăm acest domeniu, foarte important, de alte ramuri ale fizioterapiei în care încă ne întâlnim cu factorul „căldură”, cum este hidroterapia, balneoterapia, climatoterapia și electroterapia.

Căldura este remediu terapeutic cel mai valoros pe care-l posedă medicina. Nu există nici un mijloc, fie de natură chimică, ori fizică, care s'ar putea apropia măcar de factorul „căldură”; nu există altul de care ne-am putea lipsi mai cu greu decât de căldură. Ori întrebunțăm un termofor, o compresă caldă, o cataplasma ori o baie sau un duș cald, aer cald ori aburi, nămol, nisip cald, baie de soare, baie cu becuri electrice, o apă termală naturală, — în toate cazurile agentul vindecător este căldura. Care alt agent s'ar putea măsura în multilateralitatea sa, în frecvența întrebunțării sale, în efectele sale cu căldura? O întrebunțăm în boli acute, cronice și degenerative deopotrivă. Medicul practician, chirurgul, internistul, ginecologul și oricare alt specialist nu se poate lipsi de ea în profesiunea sa. Câmpul indicațiilor ei este foarte vast, dar și felul și modul de aplicare foarte variat. Acest fel și mod de aplicare constituie de altă parte *arta fizioterapeutului* și în general al oricărui medic care o întrebunțează.

Cu considerare la importanța mare a căldurii ca agent vindecător, ne permitem a schița pe scurt acțiunea ei fizică, fiziologică, biologică și terapeutică pentru a putea evidenția mai ușor efectele care le produce asupra răniților din războiu.

Termoterapia este o terapie de excitație nespecifică și trebuie dozată ca și oricare alt medicament nespecific. Acțiunea căldurii

asupra organismului este *iperemizantă, antispasmodică, calmantă* a durerilor și *resorbantă*. Iperemia la rândul ei este vazo-dilatatoare, disolventă, resorbantă și bactericidă în sensul că stimulează forțele imunizatorii ale organismului.

Căldura este mijlocul organismului *prin contact, prin radiație și prin penetrație*. Cea prin contact și prin radiație produce înainte de toate o *iperemie intensivă a pielii*; deodată cu aceasta se produce în mod reflectoriu, o iperemie și o vazo-dilație în profunzime, în special în musculatură, și aceasta favorizează încălzirea spre profunzime fiind sângele un bun conducător de căldură. Căldura prin contact se propagă mai încet în deosebi când este uscată. Cea umedă (cataplasme, nămolul, aburele), înmoaie țesuturile și le încălzește mai ușor. Căldura radiantă pătrunde mai repede spre adâncime fiind însă și ea favorizată de iperemia reflectorică. De altă parte sângele circulant potolește în oarecare măsură încălzirea prea intensivă la periferie prin temperatura sa constantă de 37 grade C.

Prin termopenetrațiunea, prin diatermie și unde scurte se produce o iperemie mai redusă în piele decât prin căldura de contact și cea de radiație. În schimb ea încălzește intensiv țesuturile din profunzime și această încălzire provoacă și ea o iperemie. La radiație și căldura de contact iperemia favorizează producțiunea căldurei, la termopenetrațiune încălzirea produce iperemia.

Există o deosebire și între încălzirea produsă prin *unde scurte* și cea prin *diatermie* cu toate că se menține tot mai mult tendința de a înlocui cu totul diatermia prin undele scurte; aceasta în deosebi din partea industriilor medico-technice; după părerea noastră pe nedrept. Deosebirea esențială între *acțiunea undelor mai lungi ale diatermiei și a celor mai scurte din aparatele de unde scurte* este că undele diatermiei urmează numai mediile conducătoare de electricitate, pe când undele scurte nu sunt reținute, în penetrațiunea lor, nici de straturile slab conducătoare sau neconducătoare de electricitate. Ele nu încălzesc aceste straturi, trec însă prin ele și îndată ce ajung la straturi conducătoare de electricitate, le încălzesc cu aceeași energie ca și când ar fi penetrat numai prin straturi bine conducătoare. Ele penetrează deci fără greutate hainele, pielea, paniculul adipos, oasele, și exercită acțiunea lor calorică în țesuturile și celulele din profunzime cum este creierul, măduva spinală și măduva osoasă, de altfel numai cu greu accesibilă undelor diatermiei. A doua deosebire este că modul de aplicațiune al undelor scurte e mai ușor și mai simplu pentru că ele trec prin aer, haine, pansamente, astfel încât, electrozii nu trebuiesc lipiți de piele; ele permit deci și un tratament al furunculilor, carbuncurilor, proceselor flegmoase și ulceroase din piele. De altă parte dozarea căldurii penetrante este cu mult mai dificilă la undele scurte decât la diatermie, unde putem citi energia curentului la Ampermetru. Când voim să încălzim țesuturi bine conducătoare de electricitate, și mai ales situate aproape de suprafață, preferăm deci diatermia pentru că putem produce o căldură bine dozată între cei doi electrozi, pe când la undele scurte aplicate mai la distanță trebuie să ținem cont și de căldura dispersată în împrejurime care poate să atingă și organe pe care nu intenționăm să le încălzim. În schimb când voim să penetrăm cu căldura în adâncime, peste și prin țesuturi rele conducătoare de electricitate (panicul adipos, oase), vom întrebuința mai cu efect undele scurte.

Descoperirea curentelor de înaltă frecvență și transformarea lor în energie calorică penetrantă, prin aparatele de diatermie și unde scurte, formează la tot cazul un progres epocal în domeniul termoterapiei; ele nu vor înlocui însă niciodată cu totul celelalte aplicațiuni termice pe care le folosește omenirea de sute și mii de ani.

Rezumăm pe scurt metodele termoterapeutice, pe care le putem întrebuința pentru răniți din războiu.

1. Compressele, cataplasmele și impachetările, locale și generale calde, umede și uscate, cu apă caldă, cu sticle calde, cu ter-

mofore, cu ingrediente chimice și vegetale, cu țărăță, mămăligă, sămânță de in și de cânepă, cu flori de fân, mușetel, nisip, sare, parafină; apoi băile calde simple și băile cu ingredientele menționate.

2. Băile de aburi, locale și generale.

3. Băile de aer cald, locale și generale.

4. Băile cu becuri electrice, locale și generale.

5. Dușuri de aburi și de aer cald, aplicabile pe orice regiune a corpului.

6. Diatermia locală și generală și undele scurte locale și generale.

Procedurile cuprinse la punctul 1 și 2 produc pe lângă aportul de căldură și o stază de căldură, reducând perspirația, și evaporarea.

Relevăm înainte de toate că proceduri generale de încălzire întrebuințăm rar la răniți în afară de băi termale, impachetări și băi de nămol. Cu acestea ne vom ocupa mai târziu la capitolul balneoterapiei; cu procedurile de aburi ne-am ocupat deja la capitolul hidroterapiei.

Pentru procedurile termoterapeutice locale trebuie să evidențiem aici o combinațiune valoroasă de care facem uz cu mult succes și în tratamentul răniților. Aceasta este *staza lui Bier* pe care o putem întrebuința independentă, dar mai ales combinată cu proceduri termoterapeutice în foarte multe traumatisme cari ating musculatura, tendoanele, ligamentele, bursele mucoase, sistemul osos și în deosebi articulațiunile extremităților; bine înțeles după ce leziunea inițială s'a vindecat și au rămas resturi inflamatorii, infiltrațiuni, aderențe, contracturi și pareze. Iperemia amplă pe care o produce staza, calmează durerile, acționează însă în același timp printr'o succulență mai mare a țesuturilor în urma retențiunilor de ser și limfă și contribuie astfel la înmuierea aderențelor bridelor și la o resorbțiune mai grabnică. Aplicăm staza cu bandaje de gumă sau după aplicarea căldurei sau în cursul acesteia, atingând prin aceasta în regiunea periferică — din cauza circulației reduse — temperaturi mai înalte, cari favorizează și mai mult resorbțiunea și vindecarea. Durata stazei putem să o prelungim după procedura termică încă cu 1—2 și chiar mai multe ore.

Este greu să dăm indicații precise, cari anume din procedurile menționate mai sus le vom întrebuința pentru anumite răniți și anumite leziuni, deoarece posibilitățile sunt foarte multe. Acțiunea unei proceduri depinde de altă parte nu numai de felul ei, ci și de modul de aplicațiune, de intensitatea și temperatura aplicată. Astfel, cu aceeași procedură putem atinge efecte satisfăcătoare la diferite leziuni (contuziuni, distorziuni, luxațiuni, fracturi), precum și aceeași leziune poate beneficia în mod eficace de proceduri termo-terapeutice variate. Alci are un rol important spiritul de observație și arta de aplicațiune a fizioterapeutului. El se va orienta de altfel nu numai după leziunea locală, ci va trebui să considere și constituția și starea generală a rănitului. Mai mult ca orientare sumară, dăm unele directive pentru anumite proceduri în anumite leziuni.

Rănille neinfectate, cu destrucțiuni mari, cu hemoragii intramusculare, intrafasculare și sufuziuni — împreunate cu tumefieri ale membrilor — se vindecă îngrabă cu băi locale de aer cald, cu căldura becurilor electrice și băi de aburi locale. Când tumefierea a diminuat, aplicăm cu succes dușul de aburi, dușul de aer cald, împreunate cu masaj ușor în formă de effleurage și vibrațiuni. La caz că avem a face cu *răni infectate*,

aplicăm la început becurile electrice sau lampa Sollux, eventual combinate cu raze ultraviolete și apoi trecem la băi desinfectante cu săpun de potasiu, mai târziu cu mușetăi, cu coaje de stejar și la fine facem uz de băile locale cu aburi și de dușurile de aburi. Adeseori rănille acestea infectate, chiar dacă nu au atins osul sau articulațiile se vindecă cu contracturi dermatogene, miogene și tendonogene mai mult sau mai puțin accentuate. Pentru a evita acestea, trebuie să insistăm dela început pe lângă o *kinetoterapie adecuată* în băi calde, pentru cataplasme umede, calde, cu semănțe de în, ori țărățe, cu flori de fân, cu nămol, aplicate de mai multe ori la zi; apoi trecem la băi de aburi locale, la duș cu aburi, duș cu aer cald, și în fine la diatermie sau unde scurte. Toate procedurile acestea vor fi urmate de masaj, mișcări și gimnastică.

Pentru *luxațiunile* repuse vom aplica, încă în timpul când membrul va fi imobilizat, dușuri de aburi și de aer cald, băi locale cu aer cald și cu becuri electrice, eventual lampa Sollux, împachetări de parafină, iar după retragerea completă a tumorilor vom trece la masaj și la băi kinetoterapeutice.

Contuziunile mai grave reclamă același tratament.

Fracturile necomplicate vor fi tratate după repunere. Imobilizarea cu șine sau cu aparate de fixațiune și extensiune face mai ușor accesibil un tratament termoterapeutic, decât imobilizarea prin gips; adeseori însă nici gipsul nu împledește aplicațiunea termoterapeutică în vecinătatea locului fracturat; aceasta o putem face mai bine cu unde scurte prin pansament. În afară de aceasta putem face uz, în partea proximală a membrului, de băi de aer cald, de dușuri cu aer cald și cu aburi, de lampa Sollux și de lampa Kandem. Prin aplicațiunile acestea se produce în mod reflectorice o hiperemie și în partea acoperită de pansament. Când ne-am putut convinge că a început consolidarea calusului, vom aplica după procedura termică *staza Bier* la membrul respectiv timp de 1—2 ore pe zi. Nu vom uita să facem uz, în toate cazurile de retardare a calusului și de decalcifieri, de razele ultraviolete generale.

Procese osteo-mielitice și periostite în legătură cu leziunile de război — aceste complicații atât de grave și dureroase — încă sunt posibile unul tratament termoterapeutic. În cazurile acute și subacute trebuie să fim precauți, întrebându-ne temperaturi mai puțin fierbinți, însă de durată mai lungă. Cataplasmele umede au un efect calmant și antispasmodic, asemenea razele roșii și infraroșii din aparatele Profundus, Hexamcron și din lampa Sollux, cari nu trebuiesc apropiate prea tare de bolnav, ci ținute la o distanță la care căldura produce încă o senzație plăcută. Îndată ce durerile au diminuat și au început eliminările de secrete, vom

provoaca o hiperemie mai intensivă și mai profundă, la început cu cutii cu becuri electrice, apoi cu aer cald și la fine vom trece la diatermie și unde scurte, cari pot fi aplicate și prin pansament. Cu aceasta încă vom provoca la început numai o căldură și hiperemie moderată, în schimb vom prefera o aplicațiune de durată mai lungă. Îndată ce mobilitatea permite, vom trece la băi calde cu mișcări și la staze. În tot timpul acestui tratament nu vom uita și de întrebuițarea sistematică a razelor ultraviolete pentru a favoriza procesele de osificare. Prin toate acestea durata bolii se va scurta considerabil.

Leziunile articulațiilor, cu sau fără fracturi intra-articulare, sunt cele mai neplăcute nu numai pentru rănit, ci și pentru chirurg, ortoped și fizioterapeut. În asemenea cazuri nu avem voie să ne pierdem răbdarea. Programul de tratament trebuie fixat în conformitate cu tabloul radiografic, care va indica rolul care îi revine fiecăruia. La caz că nu este necesară o intervenție chirurgicală sau ortopedică, fizioterapeutul are misiunea de a reface, după posibilitate, funcțiunea articulațiunii. Câtă vreme aceasta este umflată, vom aplica comprese Priessnitz, apoi cataplasme umede calde, după aceasta vom trece la căldură radiantă din lămpile Sollux, Profundus, Hexamcron, la aer cald și la duș de aburi și de aer cald, împreună cu *masaj și mișcări*. În tot timpul vom alterna aceste proceduri cu termopenetrațiunea prin diatermie sau unde scurte. La articulațiuni mici vom prefera diatermia, la cele mari unde scurte. La sfârșit vom face uz de împachetări și de băi de nămol. Restabilirea maximă posibilă vom atinge-o prin procedurile din urmă.

Câteva cuvinte asupra tratamentului termoterapeutic al *nevralgiilor, neuritelor, al parezelor, paraliziiilor și atrofiilor de inactivitate* ca urmări ale traumatismului de război. Deși tratamentul suveran în aceste afecțiuni îl revine electro- și actinoterapiile, totuși termoterapia este un adjuvant valoros al acestora. Căldura, alinaătoare de dureri și antispasmodică, favorizează dispariția durerilor, iar hiperemia produce o mai bună aprovizionare cu sânge și o mai bună nutrițiune a terenului atins. Vom întrebuița la început o combinațiune de termoterapie și actinoterapie cu lampa Sollux, Vitalux, cu cutii de becuri electrice și cu aer cald și vom trece apoi la diatermie și unde scurte. Notăm că o încălzire prea intensivă prin ultimele două metode nu e nici suportată și nici nu dă rezultate bune la nevralgii și nevrite; în schimb la pareze, paralizii și atrofi hiperemizarea puternică contribuie foarte mult la refacerea grăbnică a musculaturei, îndeosebi dacă o provocăm înainte de procedurile electrice.

(Continuare în numărul viitor)

Evoluția farmacologiei

de

Profesor Dr. C. C. Velluda

I.

Farmacologia este știința care se ocupă cu studiul proprietăților și acțiunii fiziologice a diferitelor substanțe asupra organismului sănătos și bolnav.

Numele ei nesigur ar proveni din limba greacă, căci „*Pharmakon*” înseamnă medicament, leac, ca și otravă; în același timp însă și vrăjitoare sau vrăjitorie, din care apoi s'a transformat, căci arta de a vindeca pe atunci, ca și azi de altfel, la popoarele primitive era însoțită de procedee vrăjtoarești.

Ar putea deriva și dela planta medicinală cu efecte vrăjtoarești „*Phorbe*”, căci „*Pharmakon*”, după Oefele (citată de Tiersch), ar avea origine egipteană, unde *Ph-Ar-Maki* era zeul medicinei, cu cap de ibis.

Acest termen a persistat până azi, din el derivând o serie de alții, ca: farmacie, farmacist, farmaceutic, farmacopee, farmacologie, farmacognozie, farmacodinamie, farmacoterapie, etc., fiind vorba în general de tot ce se referă la medicamente.

Deși *Pharmacologia* se consideră ca o știință relativ nouă, apărută ca o disciplină în forma ei modernă abia în secolul al XVIII-lea, ea e totuși foarte veche.

Înainte de toate celelalte științe, prima care a apărut în evoluția medicinei, a fost de sigur aceea care se va numi farmacologie, dezvoltându-se și evoluând paralel cu medicina.

Ea a apărut înainte de toate celelalte, ca o știință a recunoașterii diferitelor plante și a cunoașterii efectelor lor asupra organismului bolnav. A-și trata suferințele, a constituit de sigur cea mai urgentă și mai importantă necesitate a omului, înainte oricărui preocupări de alt ordin în medicină.

Priviți animalele când sunt bolnave, ele singure știu să-și aleagă recunoscând dintr'un câmp întreg, plantele cele mai folositoare stărei lor și, ca și ele, omul în primitivitatea lui animalică făcea la fel. Prin aceasta însă la naștere medicina, dar cu ea în același timp „*Pharmacologia*”, știința cunoașterii plantelor și a efectelor lor, alături de „*Therapeutica*”, știința și arta de a le folosi.

Ele s'au născut astfel primele, ca o necesitate însăși a existenței și persistenței omului, constituind mult timp ele singure întreaga medicină.

Dela început *Pharmacologia* și *Therapeutica* au fost confundate una în alta și astfel au parcurs toată istoria, până în secolul nostru, când abia se separă; pe de o parte știința cunoașterii medicamentelor, a pro-

prietăților și a acțiunii lor, „*Pharmacologia*” propriu zisă, iar pe de altă parte „*Therapeutica*”, arta și știința de a aplica datele *Pharmacologiei* la starea de boală, în vederea vindecării. S'a separat astfel partea teoretică de partea practică. De aceea evoluția lor s'a făcut paralelă, evoluția uneia fiind în același timp și evoluția celeilalte.

Istoria medicinei, din cele mai îndepărtate timpuri ale ei, este dominată de cultul elementelor vindecătoare, cărora atribuindu-le puteri magice, atât lor cât și celor care le cunoșteau și le știau folosi, să le ridice la rangul de adevărate divinități. Și cu toate că, în lipsă de explicații, totul se reducea la vrăjitorie și procedee magice, nu se poate nega contribuția, chiar și sub această formă, pe care acestea le-au adus cunoașterii și folosirii multor substanțe.

De altfel lipsa de cunoștințe și explicații asupra acțiunii substanțelor utilizate, a făcut ca sub diferite forme mistice să se parcurgă acest capitol până în timpurile moderne. Căci atribuirea de puteri magice diferitelor obiecte sau ființe, ca și alchimia evaluul mediu și astrologia renașterii, nu reprezintă decât diferite forme ale aceleiași gândiri.

Alături de acestea, se suprapun prin dorințe de cunoaștere și a curiozității, tendința la cercetări și observații obiective a fenomenelor, începute încă cu Hipocrate și dezvoltându-se necontenit în secolele ce vor urma. Lui Hipocrate i se atribuie pentru prima oară afirmațiile: „Cunoștințele lucrărilor naturale să fie îmbogățite numai prin experiență și cercetare”, căci „bunul plac și fantezia neîntemeiată ca și superficialitatea induc în eroare”.

Științele naturale, mai ales Botanica, cele plecate dela contemplare și meditație, în care medicii timpulul excelau dublându-se în același timp și în filosofie, au constituit o sursă veșnică de inspirație în slujba artelor de a vindeca, contribuind astfel la evoluția *Pharmacologiei*. De aceea evoluția artelor de a vindeca, și cu ea a *Pharmacologiei*, se confundă cu însăși evoluția medicinei și prin ea *Pharmacologia* constituie un fragment din însăși evoluția întregii culturi.

Medicina primitivă, deși mistică și magică, își baza efectele ei terapeutice tot grație proprietăților curative a diferitelor substanțe și mai ales a plantelor cele mai la îndemână și mai ușor de folosit. Astfel ea introduce încetul cu încetul tot ceea ce observația și practica evidențiază ca folositor, iar constatările efectelor binefăc-

toare a unora din substanțe, făcea să fie folosite în cazuri similare.

Mal mult clar. Egiptul mai târziu, de exemplu, prescria bolnavilor de a-și povesti leacurile folosite în public pentru a servi de învățătură.

De sigur că medicina sacerdotală, în mâna preoților, oamenii cu un grad mai superior de cultură, a făcut progrese continue, mai ales în direcția cunoașterii plantelor cu efecte vindecătoare, în vederea tratamentelor pe care avea a le aplica.

Orientul în primul rând, cu vegetația lui luxuriantă, cu balsamuri și rezinile atâtor plante, a fost acela care le-a folosit la început, introducându-le în Europa. De aceea în Orient își are originea prepararea medicamentelor, multe din ele misterioase și secrete, pe care le-am putea considera ca constituind începuturile farmaciei. Și azi chiar găsim încă în Orient preocupări de asemenea măsură, în mâna și a altor persoane decât a medicilor și farmacistilor. De aceea nu trebuie să ne mirăm dacă se citează celebra Cleopatra, ca autoarea unui tratat „*De medicamini Facieri*“, după cum o amintește Chandon.

De aceea în Orient se pierde originea farmacologiei, în sensul primitiv al cunoașterii drogurilor, unde cel mai vechi document în acest sens datează de 2500—3000 ani a. C., după cum reiese din scrierile Tempelne, papirusurile și scrierile cuneiforme. (Tiersch).

Medicul la început, ca și mult timp apoi, era farmacist, ca unul ce cunoștea plantele medicinale, ca și celelalte substanțe pe care le folosea pentru tratament, și era și farmacist, căci tot el prepara și medicamentele necesare, tot așa după cum și azi la popoarele primitive și chiar în unele ținuturi la sate, medicii fac la fel.

Începutul tratamentelor este dominat de folosirea plantelor, care cu timpul, începând mai ales cu Hipocrate, ia o formă mai științifică. Multe din plantele folosite azi, erau deja cunoscute din vechime și folosite chiar în același sens ca și azi. Astfel ricinul, aloesul, curcuma, macul, sesamul, mirtul, scorțișoara.

Cu timpul se formează cunoscătorii speciali în astfel de plante de leac, ca și mici locuri de desfășurare. Erau așa numiți „*Rhizotomi*“, și „*Pharmacopoli*“. Aceștia strângeau și vindeau plantele, fie particularilor, fie medicilor. Rhizotomii au fost astfel primii cunoscători serioși și de sigur și descriitorii al plantelor și de aceea pot fi considerați ca primii farmacologi, respectiv farmacognozi. Cel mai vechi pare să fi fost *Diocles Carippos* (sec. IV a. C.). Loeper citează pe *Archagatus* la Roma, care avea și o mică prăvălie de desfășurare, și ca acesta erau de sigur și alții. Cel mai mulți erau și medici, cum de exemplu celebrul medic *Crateuas*, supranumit rhizotomul, botanist și farmacist, medicul regelui Pontului, Mithridate Eupator, care obișnuise pe rege să ia doze crescânde de toxice, pentru a-l feri de

otrăviri. La fel găsim și pe celebrul medic Gallien, care se ocupa și de plante, având și el la Roma o mică oficiu de desfășurare. Și ca el și alții: *Andromac*, *Dioscoride*, și poate și *Pliniu* naturalistul, sau chiar *Celse*.

Și astfel rând pe rând apar plantele vindecătoare: *Nephentes mentha*, *macul*, *neghina*, *cânepa indiană*, *cinoglasul*, *heleborus*, *beladona*, *jusquianul*, *mandragora*, *scila*.

În general se folosau mai ales plantele cu acțiuni sedative și euforetice, fiind probabil și primele cunoscute.

Toată antichitatea este dominată de folosirea plantelor și foarte puțin a produselor animale sau minerale.

Numărul lor din ce în ce mai mare, efectul lor atât de variat, combinațiile medicamentoase la care dădeau naștere și în general importanța crescândă pe care ele o au în tratamente, paralel cu însăși evoluția medicinei, face să nască capitolul numit în medicină „*Farmaceutică*“, alături de „*Dietetică*“ și „*Chirurgie*“, în care se împărțea medicina veche. Farmaceutica se ocupă cu studiul medicamentelor, a proprietăților lor și a modului lor de preparare, precum și a folosirii lor pe cale internă sau pe cale externă, după cum ne edifică tratatul lui *Celse* „*De Arte Medica*“, apărut la Roma și în care autorul rezumă cunoștințele medicale dinaintea lui.

Aceeași necesitate în aceeași direcție farmacologică, face ca *Dioscoride* *Pedanius* pe timpul împăratului *Neron* să se ocupe în special de plantele medicinale, dând amănuntele necesare recunoașterii și preparării lor, într'un tratat apărut în grecește, intitulat „*Materia Medica*“. *Dioscoride* și tratatul său constituie începutul propriu zis al farmacologiei științifice ca știință proprie, iar termenul de „*materia medica*“ îl mai întrebunțează încă și azi școala engleză și franceză, în locul termenului modern de *Pharmacognozie*. Tratatul lui a fost mult folosit și de Greci și de Romani și de Arabi, dominând și în evul mediu. Ca și *Dioscoride*, și *Pliniu* bătrânul sau naturalistul, ne-a lăsat în tratatul său „*Istorie Naturală*“ multe cunoștințe despre plantele medicinale.

Gallien, marele medic al antichității creștine, ale cărui idei au dominat știința medicală până la Renaștere, dă o mare importanță „*Materiei medicale*“, ocupându-se în mare parte cu plantele vindecătoare și cu prepararea diferitelor medicamente din ele. Astfel el introduce o serie de noi plante și substanțe medicamentoase, dând în același timp învățăminte de felul cum trebuie să le combinăm, ca și de formele cum ele pot fi administrate. Prin aceasta el e întemeietorul medicamentelor și farmaciei numite galenice. Scrierile lui „*Despre medicamente și folosirea lor*“ ca și „*Metoda Terapeutică*“ contribuie la progresele farmacologiei încă empirice.

Prepararea medicamentelor prin combinarea diferitelor substanțe, înființată în special de *Gallien*, era pe atunci imprecisă și arbitrară, constituind aproape tot-

deauna un secret. Se făcea de cele mai multe ori un amestec enorm de medicamente, așa numita polifarmacie, sistem care s'a menținut cu oarecare modificare până în timpurile moderne. De sigur că în lipsă de cunoștințe precise asupra acțiunii fiziologice a fiecărei substanțe, a incompatibilităților și a dozelor, amestecurile acestea nu aveau nicio bază științifică. Astfel se citează celebrul preparat numit „*Theriac*”, compus din 45—50 substanțe vegetale, minerale și animale. La început el se administra contra mușcăturilor veninoase, apoi contra tuturor intoxicațiilor, ca cel administrat lui Mitrildate. Cel mai cunoscut era cel al lui Andromac, în care intra și carnea de viperă. Gallien avea și el unul. Folosirea Theriacului o vom găsi-o în tot evul mediu, în Renaștere și chiar în perioada modernă, căci chiar pe Claude Bernard pe când era practicant într-o farmacie la Lyon îl găsim amestecând la un theriac. Între timp theriacul se modifică, fiecare autor avându-l pe al său, cu formula sa secretă, iar efectele lui devin un panaceu universal contra tuturor bolilor. Conținând toate extracte de oțet în cantități relativ mari, efectele lor erau datorite acestuia.

După moartea lui Gallien medicina antică decade, rămânând dispersată ca îdeii, în Roma, Alexandria, Bizanț, Atena, fără a putea vorbi de un progres real. Pharmacologia cunoaște în acest timp o serie de lucrări de compilare și de oarecare sistematizare a drogurilor cunoscute. Astfel găsim în acest interval pe *Apuleius*, care publică „*Asupra medicamentelor provenite din ierburi*”, pe *Sextus Placitus Papyriensis*, cu lucrarea „*Asupra medicamentelor provenite de la animale*”, sau lucrarea lui *Gargilius Martialis* „*Asupra plantelor și întrebuințarea lor*”. În afară de aceasta găsim de sigur noțiuni de Pharmacologie dispersate în diferite tratate medicale, care apar în acest timp.

Evul mediu și toată această lungă perioadă, vede apărând Alchimia, originea oricât de depărtată; dar sigură a chimiei. Odată cu apariția Alchimiei știința drogurilor se dezvoltă și ea, influențată adânc de prima. De aci încolo alături de folosirea plantelor, ia dezvoltare din ce în ce mai mare și folosirea produselor minerale. Arabii acum au primul cuvânt cu celebrii medici: *Rhases*, *Avicena*, *Averoes*, *Geber*. Rhases, între altele, pomeneste primul de *Alcohol* (Alcool-volatil), tot el prepară mercurul, folosește boraxul și salpetrul. Geber pomeneste de asemenea primul, de *nitratul de argint*, de *precipitatul roșu de mercur*, de *sublimatul corosiv*, ca și de multe alte substanțe chimice. Tot el introduce metode noi folosite în prepararea medicamentelor, ca: *distilarea*, *calcinarea*, *fixarea*, *disoluția*.

Avicena publică într-o lucrare celebră, împărțită în cinci părți, o parte care tratează despre „*Medicamentele simple*” și o alta despre „*Otrăvuri și antidoturi*”. Această lucrare, numită și canonul lui Avicena, a de-

venit clasică chiar în Occident, până în secolul al XVII-lea, Pharmacologia, ocupând o parte însemnată din ea.

Afară de Avicena, *El Baitar* din Cairo publică un tratat de „*Materia Medica*”, în care introduce o serie de plante medicinale necunoscute, ca și noi medicamente. Ca și acesta, *Kohen-El-Attar* lasă și el o lucrare de „*materia medica*”, ocupându-se, în afară de proprietățile și modul de preparare a diferitelor droguri, și despre farmacologii.

Arabii, prin metoda lor analitică, prin bogăția de surse din care își trăgeau originea atâtea substanțe, prin numărul mare de preparate și combinații pe care le foloseau, simt nevoia unei documentări serioase asupra substanțelor folosite, ca și asupra reglementării preparării medicamentelor.

Se editează de aceea așa numitele „*coduri*” sau „*codexuri*” a medicamentelor (*codex medicamentarius*) sau „*Pharmacopei*”, punându-se astfel capăt arbitrarului și anarhiei care domnea în privința folosirii și preparării lor. De aci încolo toate urmau aceeași cale, reglementată de codexuri și Pharmacopei.

Astfel apare prima Pharmacopee în secolul IX, numită *Akrabadin*, urmată de a doua în secolul al XII-lea, editată de episcopul din Bagdad, care era și medicul Califului. Tot în acest secol apare celebrul „*Codex Medicamentarius*” a lui *Nicolas Mirepsus* din Alexandria, grec, medic la celebra școală din Salerno. Acest cod e cunoscut în istorie și sub numele de „*Antidotariul lui Nicolas*”, cuprinzând 2656 formule și rețete, cele mai multe reprezentând pe cele ale școlii medicale din Salerno. El a fost folosit de tot occidentul până în secolul al XVII-lea.

Spre sfârșitul evului mediu remarcăm câteva lucrări istorice, privind ansamblul farmacologiei, ca lucrarea „*De venena*” a lui *Ardoynus*, un istoric al Toxicologiei, plin de observații relativ la toxinele vegetale, precum și la simptomele pe care ele le produc. În același sens apare „*Comentariile lui Christ de Honestis*”, o istorie a farmacologiei, și mai ales „*Istoria Farmacologiei*” a lui *Iacobus de Manliis de Basco*.

Tot evul mediu se găsește sub influența culturii și spiritului arab, analitic, care de fapt nu e decât o reluare pe căi deturnate a vechii culturi medicale grecești, în special a celei galieniste. Această influență invadează cu totul noul teritoriu occidental din Italia, Franța, Spania, care iau naștere între timp, începând cu celebra facultate de la Salerno.

În toată această lungă perioadă, când medicina este dominată de magie, astrologie și Alchimie, Pharmacologia alături de Terapeutică va suferi aceeași influență. Nu putem spune însă că farmacologia nu a făcut niciun progres. Pe când medicina staționează și chiar regresează în ce privește concepțiile generale asupra maladiilor rămase empirice, farmacologia, urmând aceeași

cale în privința concepțiilor, se îmbogățește în schimb cu multe produse noi din cele 3 regnuri, cu procedee noi de preparare a medicamentelor, cu lucrări de ansamblu, de puneri la punct sau de reglementare a cunoștințelor despre medicamente. În tot acest timp Botanica e aceea care furnizează cele mai multe surse medicamentelor; apar însă și produse animale, dar mai ales Alchimia introduce produse minerale. Numărul și diversitatea lor necesită puneri la punct, de unde aparitia de numeroase farmacopei. În lipsa cunoștințelor de fiziologie și chimie, care vor apare mult mai târziu, farmacologia era reprezentată numai prin partea descriptivă și morfologică prin „materia medica” care constituia toată farmacologia.

Influența în acest timp a Alchimiei, care pare a fi introdusă de Arabi prin Geber, oricât de chimerică părea ea în tendințele ei de a găsi platra filosofală cu proprietățile ei de a transforma metalele în aur, sau a elixirului veșniciei tinereții, trebuie să recunoaștem marea ei contribuție la progresele farmacologiei, pe care o îmbogățește cu produse noi, mai ales minerale ca: mercurul, litargia și ceruza, în afară de cele citate. În orice caz numărul, diversitatea produselor folosite, a prăvăliilor de desfacere și de preparare — primele farmacii — devin atât de abundente, încât se simte nevoia unui control, care este încredințat medicilor. Tot în evul mediu, (sec. XIII), farmacistii se separă de medici, recunoscându-li-se o corporație a lor proprie.

Renașterea, prin libertatea de gândire, prin libertatea științifică, prin curiozitatea care o produceau cercetările pentru verificarea vechilor teoriilor, introduce un nou spirit în știința care duce la o evoluție a spiritualeității și cu ea la noi metode de cercetări.

Acestea dăruim din temelii vechea scolastică medievală, greoaie și incapabilă, de orice progres, înlocuind-o cu observația inductivă și cu verificările premiselor. Și cu toate că ne găsim în unele direcții încă în faza teoretică, când își vor face loc multe idei anteziste, totuși libertatea cercetărilor va arăta în curând adevărata cale care va duce treptat la cunoașterea adevărului.

Medicina cu: *Paracelse, Van Helmont, Sylvius dela Boë, Thomas Sydenham, Hoffman, Boerhave, Stahl*, va suferi prefaceri adânci, influențând în aceeași măsură și Farmacologia, deși vor mai trece câteva secole până ce ea va fi așezată pe bazele ei științifice adevărate.

Alchimia evului mediu va fi înlocuită cu „*Iatrochimia*” introdusă de Theophrastus Paracelse. De unde prima căuta platra filosofală, cea de a doua explică toate fenomenele vitale prin chimie. Ca și Alchimia însă, și aceasta nu a contribuit mai puțin la nașterea chimiei și cu ea la acea a renovării Farmacologiei pe baze noi, care vor fi în primul rând fiziologice și chimice.

Prin Iatrochimie Paracelse, spune Guardia, „*introduce chimia în medicină, întrezărind legăturile dintre fiziologie și chimie*”. Prin aceasta el se depărtează din ce în ce de vechea concepție greco-arabă asupra celor patru sucuri ale organismului (*bilă, atrobilă, flegmă, sânge*), îndreptându-se din contra, prin concepția chimică, spre o explicație bazată pe schimbările patologice în funcțiune de felul fiecărui organ.

Cercetător pasionat, deși în mare parte fantezist, totuși intuitiv și genial, Paracelse prin căutarea esenței lucrurilor în plante și minerale, introduce în farmacologie o serie de metale și compuși noi. Astfel *antimoniu*, compuși de *sulf, fier, mercur*. De asemenea multe plante și extracte de plante în diferite combinații proprii.

Cărțile lui „*Despre lemnul de gaiac*” (1529) și „*Despre boala franțuzească*” (1530) revoluționează vechile concepții prin introducerea otrăvurilor, ca mercurul, în tratamente. Numeroase otrăvuri, susține el cu tărie, sunt dotate și cu proprietăți curative, totul în funcție de doze.

Fiecare substanță a pământului, spune iar Paracelse, conține un agent, o otrăvă, altele un remediu herolic, și acest agent are virtutea sa specifică. Și mai departe: „*Douăzeci livre dintr-o substanță se reduc la câteva grame de extrase, care e singura parte medicinală*”, având astfel intuiția principiilor active.

Concepțiile lui Paracelse, pleacă de la a admite — conform filosofiei timpului — a unei puteri supreme în orice substanță, denumită „*Archeus*”. Aplicând la medicamente această concepție, el susține în fiecare medicament sau otrăvă — existența unei substanțe superioare — un principiu activ deci, pe care îl numește „*quinta esentia*” și prin care se poate explica acțiunea terapeutică a diferitelor extrase din plante.

Această teorie, denumită a „*arcanurilor*”, l-a dus pe Paracelse în căutarea izolării principiului activ prin folosirea alcoolului, el însuși „*quinta esentia*” vinului, să introducă și să perfecționeze diferitele procedee pentru extragerea drogurilor.

Se ridică Paracelse de asemenea și contra Polifarmaciei antice și medievale, în mare parte misterioasă, căutând, din contra, a combina numai substanțele a căror efecte farmacologice le poate dovedi.

De aceea Paracelse, oricât a fost de criticat, oricât ar fi fost de fantezist și dominat în parte chiar de misticism și superstiții, cum era de altfel și natural în acea epocă, el dă totuși o lovitură mortală vechii scolastice, introducând spiritul de observație și experiență în cunoașterea lucrurilor. Prin aceasta el contribuie direct și indirect la cunoașterea mijloacelor terapeutice, putându-l astfel considera ca inițiatorul Farmacologiei științifice.

Pe timpul lui Paracelse, la 1533, la Padua, la filia și prima catedră de „*Materia medica*”, care poate fi

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B,

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 ccm

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

considerată deci ca prima catedră de Pharmacologie, ocupată de *Buonafede*.

Mulți elevi de al lui Paracelse vor cutreera Europa, introducând idelle lui terapeutice, ca: *Johann Winter v. Andernach* și *Joseph de Chesne* în Franța, care se străduiesc în direcția folosirii medicamentelor chimice, *Giovani Battista della Porta* în Neapole, alături de *Ioachim de Camerarius* și *Valerius Cordus*, care se ocupă mai ales de fabricarea și folosirea uleiurilor eterice, ca cele de rosmarin, lavandă, cuișoare, trandafir.

Alături de aceștia, *Oswald Croll* din Wittenberg, *Andreas Libau*, *Angelus Sala Quercetarius* și mulți alții, prin numeroasele lor descoperiri și studii asupra diferitelor substanțe chimice, a fabricărilor lor, a purificării lor, a acțiunii lor, aduc mari contribuții la cunoașterea multor metale și a sărurilor lor. Astfel *cuprul*, *plumbul*, *mercurul*, *argintul*, *antimoniul*, etc., a căror efecte, uneori toxice, erau încercate chiar pe propriul lor corp.

Prin aceasta Paracelse cu școala lui contribuie necontestat la îmbogățirea și progresul Farmacologiei.

Dar nu numai în această direcție face acum progrese Farmacologia, ci și în cea a lărgirii cunoștințelor asupra plantelor medicinale și a drogurilor extrase din ele. A contribuit de sigur mult la aceasta și progresele Botanicii prin diferite traduceri și comentarii a autorilor vechi ca: *Theophrast*, *Dioscoride*, *Plinius* pe de o parte, iar pe de alta și prin nolle cercetări și publicații botanice, făcute între alții de *Brumfels*, *Tragus*, *Fuchs*, etc., mulți dintre botaniști fiind și medici.

Tendința farmacognostică în lucrările lor de botanică reiese clar mai ales din cele ale francezului *Charles de l'Escluse*, ale germanului *Valerius Cordus* și olandezului *Rembert Dodanaeus*. De aceea aceștia pot fi considerați și ca farmacologi.

La fel ca și el, farmaciștii, — cum era și natural, — se ocupă pe o scară întinsă nu numai de cunoașterea și descrierea plantelor medicinale, dar și de cultivarea lor, înființând grădini speciale. Astfel de grădini botanice, în care în mare parte întâlnim cultivându-se plantele medicinale, le găsim înființându-se mai ales pe lângă Universități, ca și pe lângă domeniile aristocraților.

Alături de ele se dezvoltă muzeele botanice cu conservarea uscată a plantelor, în scop didactic, ca cele din Padua și Pisa, unde găsim predând profesori de farmacognosie ca *Francesco Buonafede*, *Prospero Alpino* în Padua, *Luca Ghini* în Pisa, *Ulyse Aldrovandi* în Bolonia, etc.

De sigur că nolle descoperiri geografice aduc un mare aport tendințelor farmacognostice existente, care se îmbogățesc treptat cu multe plante și substanțe medicinale noi, care la un moment domină pe cele vechi. Astfel lemnul de *Gayac*, balsamul de *Tollu*, *Copaive*, *Peru*, *Coca*, *Cacao*, etc. Apar acum o serie de scrieri asupra plantelor din nolle înuturi descoperite, fie tra-

tând numai despre cele medicinale, fie despre vegetație în general, dar unde primele ocupă un loc important, cum de exemplu *Tractado și Colloquias* a spaniolului *Christobal Acosta* și portughezului *Garcia da Orta*. Ele se ocupă de drogurile cunoscute mai ales în Orient, fiind astfel lucrări de pură farmacologie. Alături de ele apar scrierile și asupra drogurilor din America de sud și centrală, dintre care amintim de cele ale lui *Gonzalo Fernandes*: „*Historia general y natural de las Indias*“, *Nicolas Monardes*: „*Historia medicinal de las casas, que se traen de puestas Indias occidentales*“ și *Hernandes*: „*Historia Plantarum Novae Hispaniae*“. În ele găsim multe date de farmacologie asupra diferitelor plante, ca *Tabacul*, *Tollu*, *Sarsaparillele*, *Gayacul*, etc. *Nicolas Monardes* înființează chiar și un muzeu foarte bogat în aceste plante noi.

Trebue să mai menționăm — ca unul ce a contribuit poate cel mai mult la răspândirea datelor farmacologice atât vechi cât și noi, — pe *Charles de l'Escluse*. Traducerile, comentariile, cercetările, legăturile lui cu cel mai însemnat botanist, farmacișt și medic din Europa, au contribuit foarte mult la progresele farmacologiei. Profesor de botanică la Viena și Leyda, el publică „*Exoticorum libri Decem*“, care a servit ca îndreptar medicilor și farmaciștilor până în secolul trecut.

Ceva mai târziu *Van Helmont* (1577–1644) pune începuturile chimiei biologice, iar *Silvius de la Boe*, pe urmele lui *Van Helmont*, contribuie la lărgirea legăturilor dintre fenomenele vitale ale organismului și progresele chimiei.

Turburările patologice nefiind decât dezechilibre chimice, terapia va trebui să le readucă la normal, prin anumiți corpi chimici. De unde introducerea folosirii medicamentelor chimice provenite mai ales din minerale. După cum insistă *Van Helmont* în „*Ortus medicinae*“ și mai ales în „*Pharmacopolium ac dispensatorium modernum*“, în care indică în mare parte și metodele lor de preparare.

Idelle acestora își găsesc adepți mai ales în farmaciștii și medicii francezi *Nicolas Lemery*, care prin cursurile lui la Paris, sintetizate în „*Cours de chimie appliqué à la médecine*“, caută să demonstreze concepția chimică a farmacologiei. În sensul aceluiași idei ale lui *V. Helmont* găsim și pe celebrul medic și chimist, pe olandezul din Leyda *H. Boerhaave*.

Încep a se folosi tot acum și noi produse, parte provenite din America, descoperite recent; astfel: *Felixmas*, *chinina*, *ipacuana*, *gayacul*, *colombo*, înafară de noi compuși de *sulf*, *fier* și *mercur*.

Tot acum menționăm pe *Thomas Sydenham*, din școala engleză, care studiază în special opțiul și preparatele oplacee, rămânându-ne azi cunoscut „*Laudanum Sydenham*“, de asemeni *chinina* și altele. Afară de un renumit patolog neohipocratic, el era și un pasionat

farmacolog, fiind contra abuzului de medicamente chimice și a polifarmaciei.

Un contemporan al lui, *Thomas Willis* din aceeași școală engleză publică „*Pharmaceutica Rationalis*“, în care comentează și face multe observații asupra folosirii unora din medicamente.

Idelle noi aduse de Paracelse, Van Helmont și Sylvius dela Boe, dau un nou impuls farmacologiei, a cărei progres se va accentua treptat în secolul următor. Meritele lui Paracelse și Van Helmont, oricât ar căuta Darenberg în „*Histoire des sciences médicales*“ să le anthologizeze, pentru motivul că Idelle lor ar fi avut predecesori, ele rămân totuși necontestate. Nu e suficient

să ai din când în când câte o idee, pe care aruncându-o să nu ți-o poți susține, ci trebuie să lupți pentru ea și să suferi pentru ea, riscându-ți chiar existența.

Meritul autorilor de mai sus, prin generozitatea Idellor lor, prin pasiunea pe care au pus-o, prin lupta pe care au dat-o pentru a-și susține Idelle, prin cercetările lor personale, care au dus la evidențierea de fapte multiple, rămân înălțatori de Idel noi, plecate în special dela chimia fiziologică, pe care Paracelse și Van Helmont o înălțază. Prin această farmacologia va lua o altă direcție, mai științifică și mai fecundă, după cum o vor dovedi-o secolele ce vor urma.

(Continuare în Nr. viitor.)

Societăți medicale

SOCIETATEA ȘTIINȚELOR MEDICALE CLUJ-SIBIU

Sedința din 1 Iunie 1944

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte.

Prof. Țeposu — Dr. Togănel: Considerațiuni asupra a două cazuri de tumori renale cu pielografii atipice.

Prof. Țeposu — Dr. Popluca — Dr. Togănel: Asupra unui caz de rinichi polichistic familial diagnosticat prin pielografie.

Prof. Țeposu — Dr. Popluca: Corp străin vezical.

Prof. Benetato — I. Baci, L. Vlad: Rolul centrilor organo-vegetativi în activitatea fagocitară.

La discuție a luat parte: Prof. Tudoranu, Prof. Papilian, Prof. Ballif.

Prof. Hațieganu: Un caz de interrenalism la bărbat (prezentare de caz).

Prof. Hațieganu: Neuroza tipică a femeii de 30 ani (sindromul lui Balzac). Conferință.

Prof. Popa Rubin — Dr. Stoian — Dr. Neamțu: Limfogramulomatoză cu dezvoltare neobișnuită.

Dr. Georgia Lucian — Dr. V. Munteanu: Două cazuri de Coree, vindecate după amigdalo-adenoidectomie.

H. E. de 9 ani, de un an se îmbolnăvește de coree prezentând toate simptomele coreice. Tratat cu hiperventilație, nu se ameliorează. După amigdalo-adenoidectomie dispar toate simptomele coreice.

M. M. de 13 ani, de un an prezintă simptome coreice foarte accentuate. Operată de amigdală și vegetație adenoidă la data de 8 Aprilie 1944, azi este vindecată ne mai prezentând niciun simptom choreic.

Operația trebuie făcută cât mai precoce posibil pentru a preveni complicațiile cardiace.

În Clinica Infantilă din Cluj-Sibiu, în ultimi 10 ani, din 46 cazuri de coree, s'a făcut intervenție asupra amigdalelor și a vegetațiilor adenoidale la 19 pacienți. În 10 cazuri s'a obținut o vindecare radicală, în 8 cazuri o ameliorare netă. Un singur caz nu a reacționat după operație.

Rezultatele satisfăcătoare a acestui tratament sunt un sprijin pentru etiologia infecțioasă a coree.

Dr. Georgia Lucian — Dr. V. Munteanu: Un caz de hemimicranie, cu punct nevralgic occipital, — vindecat după cornetotomie inferioară.

C. C. de 15 ani, timp de două luni prezintă dureri de cap continuu, cu puncte nevralgice extrem de intense în regiunea frontală, deasupra sinusului drept și unul mai mult accentuat în regiunea occipitală, în zona nervilor lui Arnold, cu rigiditate a cefei, simulând un acces meningial.

La două ore după rezecția marginii inferioare a cornetului inferior drept, toate simptomele morbide au dispărut.

Durerea, pare după unele cercetări, a fi un sindrom simpatic vasoconstrictor de excitație orthosimpatică. Senzația de euforie fiind dimpotrivă legată de fenomene de vasodilatație. Astfel, că orice excitație în sfera sistemului simpatic, susceptibilă de a produce o vasodilatație la sediul durerii, va fi capabilă de a vindeca sau a ușura această algie, rupând spasmul capilarelor din acea regiune. În speță, prin ridicarea marginii inferioare a cornetului inferior, s'a produs excitația unor firisoare ale simpaticului intranasal, rupând spasmele și având drept consecință vasodilatația acestor capilare și ca urmare dispariția durerilor.

Se citează cazuri de turburări digestive, astme, stări nervoase paralizii, nevralgii, anxietăți, tratate și vindecate prin reflexoterapia simpaticului. În toate cazurile s'a folosit sistemul vagosimpatic ca agent intermediar, modificând în mod fericit anumite stări legate de un dezechilibru al sistemului neurovegetativ.

D-l Prof. Hațieganu, Rectorul Universității salută pe profesorii dela Iași în numele universității „Regele Ferdinand“ din Cluj și cere ca cele două universități să se unească și să lupte împreună pentru adevăr nu numai teren științific ci și pentru obținerea dreptului de viață a acestui popor.

Sedința din 15 Iunie 1944

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte

Prof. Dr. Plăcințeanu: Fistule branchiale ale gâtului la două gemene.

Prof. Dr. Plăcințeanu G.: Forceps în prezentație craniană transversă (două cazuri).

Prof. Dr. L. Ballif: Evoluția exo-eritrocitară (Faza E. E.), a sporozoiților în malarie umană.

Cu toate că și astăzi se mai admite în mod clasic că sporozoitul, transmis omului prin înțepătura unui țânțar, ar pătrunde direct într-o globulă roșie din sângele periferic, așa cum afirmase Schaudin încă din 1902, trebuie menționat că niciun alt cercetător n'a putut verifica afirmația făcută de Schaudin.

Nici progresele științifice realizate în malarie umană prin ajutorul infecțiilor quasi-experimentale necesare malarie-terapii n'au rezolvit încă problema modului de pătrundere a plasmodiului în hematia sângelui dela om.

În urma ipotezei făcută de James (1931) precum că s'ar putea ca sporozoitul să nu pătrundă direct în hematie și că ar fi necesar ca să sufere o serie de transformări în țesutul reticulo-endotelial pentru a ajunge la o adaptare necesară pătrunderii și supraviețuirii în globula roșie, un număr restrâns de cercetători au abordat studiul acestei pasionante chestiuni. Între anii 1934—1943 Raffaele, Huff & Bloom, James și Tate, Kikuth și Mudrow confirmați de Brumpt, Coradetti și alții, au reușit să demonstreze la paseri o evoluție exo-eritocitară (reticulo-endotelială) a sporozoitului.

Această evoluție (faza E. E.) a sporozoiților în malarie aviară e ușor de constatat în deosebi în frotiurile de creier, ficat și splină.

Totuși în timp ce unii autori admit că evoluția exo-eritocitară este premergătoare evoluției eritrocitare a parazitului și că are loc numai atunci când infecția se face prin sporozoiți (impunșături de țânțari infectați sau inoculări de emulsie de sporozoiți din glandă) alți cercetători admit că evoluția exo-eritocitară s'ar face concomitent cu cea eritocitară și că respectiv unii merozoizi (histiotropi) ar pătrunde în celulele reticulo-endoteliale pe când alții și cei mai numeroși (hemotropii) ar pătrunde în globulele roșii dela paseri.

Dacă schizogonii duble una reticulo-endotelială și alta eritocitară pot fi socotite astăzi bine dovedite pentru un număr de Plasmodii aviari (*P. elongatum*, *P. galinaceum*, *P. catemerium*, *P. precox*), în ceea ce privește malarie umană se pare că numai Raffaele și școala sa au găsit forme de paraziți apigmentați pe care le consideră asemănătoare formelor apigmentate din celulele reticulo-endoteliale dela paseri și numai ei admit dovedită evoluția exo-eritocitară a sporozoitului și în malarie umană.

Conferențiarul arată rezultatele obținute, în colaborare cu d-l Prof. M. Ciucă și d-na Dr. M. Chelărescu, referitor la evoluția exo-eritocitară a sporozoitului în malarie umană.

În examenele frotiurilor de măduvă osoasă dela om (puncție sternală), recoltat în timpul incubăției infecțiilor prin sporozoiți, nu s'au găsit formele apigmentate semnalate de Raffaele. Emulsiile din măduva osoasă sternală inoculate la indivizi noi n'au dat rezultate pozitive decât atunci când s'au găsit schizonți (forme pigmentate) și în sângele periferic.

De asemenea examenele frotiurilor de ficat, creier, splină, măduvă osoasă — dela necropsii de malarici — au dat rezultate negative referitor la prezența formelor apigmentate (exo-eritocitare) chiar atunci când formele pigmentate (evoluție eritocitară) erau foarte numeroase.

Totuși o serie de date biologice, clinice și terapeutice, asemănătoare celor dela paseri, pledează pentru admiterea unei evoluții exo-eritocitare a sporozoitului și în malarie umană.

1. Incubația în urma infecțiilor prin sporozoiți are o durată aproape fixă (12—14 zile în T. B., T. M. și Ovale) pentru fiecare formă de paraziți și nu este net influențată de cantitatea sporozoiților inoculați. Incubația în urma infecției prin sânge virulent variază cu cantitatea paraziților inoculați și dispăre în transfuziile masive, când boala se poate transmite în continuare — cu paraziți și accese — receptorului.

2. După injecții masive intravenoase de emulsie de sporozoiți, aceștia dispar din sângele circulant în câteva minute. Ei nu pot fi găsiți nici în picătură groasă și nici nu se poate transmite boala injectând cantități mari de sânge la un alt individ. Abia după 4 zile în T. B. (Raffaele) și după 5 zile în T. M. (Ciucă, Ballif, Chelărescu, Isanos, Glazer) se poate transmite infecția; dar atunci se pot găsi și schizonți (forme pigmentate) în sângele periferic. La paseri Raffaele, Kikuth și Mudrow au demonstrat că în

perioada negativă a incubăției, atunci când sângele încă nu-i infectant, infecția se poate transmite prin emulsie de ficat, creier, splină și se poate demonstra astfel prezența formelor de evoluție a sporozoiților în celulele reticulo-endoteliale.

3. În primele zile ale incubăției n'au acțiune substanțele schizontocide — chinina, atebrina etc. — și acțiunea lor terapeutică se manifestă numai după apariția schizonților în circulația periferică. Se poate deduce că în primele 3—5 zile ale incubăției formele parazitului malariei, care derivă din sporozoiți sunt rezistente și deci diferite de formele eritocitare.

4. Recidivele în malarie umană se observă frecvent după infecțiile prin sporozoiți și numai excepțional în urma infecțiilor prin sânge virulent; astfel se poate deduce existența unor forme care ar deriva din sporozoiți și ar persista în starea atentă în celulele endoteliale, putând ulterior relua evoluția, provocând recidive.

În afară de interesul științific, aceste date ne arată că în viitor terapeutică trebuie să se preocupe de găsirea unor substanțe active și asupra formelor de paraziți exo-eritocitare făcându-se experiențele necesare pe paseri.

Prof. Dr. L. Ballif și d-na Dr. M. Chelărescu: Contribuții la studiul reticulocitelor în malarie umană.

În urma studiilor făcute în ultimii ani de un mic număr de cercetători, se admite în genere, că în malarie umană *Plasmodium* preferă reticulocitele și că cel mai mare procent de infecție a reticulocitelor se întâlnește în Terța Benignă. Până în prezent numărul bolnavilor examinați de cercetători era foarte mic, diverși autori trăgând concluzii după examenul făcut pe 1—4 cazuri la care se făceau numai una sau câteva determinări amănunțite.

Observațiile comunicatorilor au fost făcute pe 64 de bolnavi — 24 cu *P. vivax*; 16 cu *P. falciparum*; 13 cu *P. Malariae* și 11 cu *P. Ovale* — observați zilnic un timp îndelungat.

S'a constatat că inelele de *P. vivax* pătrund în reticulocite într'un procent de 40,4% și în hematiile mature numai într'un procent de 0,8% față de numărul total respectiv al reticulocitelor și al hematiilor mature din circulația periferică. Inelele de *P. falciparum* s'au găsit în 27,8% din reticulocite și în 1,20 din hematiile mature; inelele de *P. ovale* în 11% din reticulocite și în 0,5% din hematiile mature; inelele de *P. malarie* în 4,4% din reticulocite și în 0,5% din numărul hematiilor mature.

Procentul tuturor reticulocitelor (cu sau fără inele) față de totalul hematiilor mature a fost găsit în toate formele de malarie umană fie în limite normale, fie, mai frecvent, sub limita normală. Într'un singur caz de T. B. s'a constatat un procent al reticulocitelor care depășea limita maximă admisă pentru normal. Astfel din examenele repartizate după formele de paraziți, s'a constatat că în 13 cazuri (54,1%) din infecțiile cu *P. v.* procentul reticulocitelor avea o valoare normală, variind între 4,85% și 7,93%; în zece cazuri (41,6%) procentul reticulocitelor era sub normal, variind între 1,1—2,7%. Într'un singur caz procentul reticulocitelor era foarte mult mărit 34,7%.

În infecțiile cu *P. falciparum* în 9 cazuri (56,2%) procentul reticulocitelor avea o valoare normală, variind dela 4,18%—6,03% și în 7 cazuri (43,8%) procentul era sub normal, variind dela 1,67%—2,99%.

În infecțiile cu *P. ovale*, procentul reticulocitelor se găsește în limitele normale numai în 3 cazuri (27,2%), variind dela 4,69%—13,0% pe când în celelalte 8 cazuri (73,9%) procentul reticulocitelor era sub normal, variind dela 1,52%—2,39%.

În cele 13 infecții cu *P. malarie* în 4 cazuri (30,1%) procentul avea cifre normale, variind între 5,58%—6,00%, iar în 9 cazuri (69%) valoarea procentului reticulocitelor a fost găsită sub normal, variind dela 2,76%—3,43%.



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonare

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicat

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree

sindromul gastro-
cardiac

meteorism

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

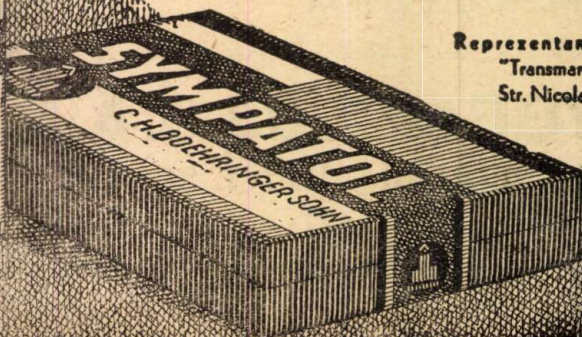
Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanță:

"Transmare" S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Galescu 15, București III



Prof. Dr. Iuliu Nițulescu : Probleme de patogenie în studiul sindromului pelagros.

Cercetările făcute în ultimul timp au adus contribuțiuni importante pentru lămurirea etiologiei pelagrei și ne oferă posibilități noi de analiză a patogeniei simptomelor clinice. E probabil că etiologia pelagrei nu poate fi redusă la o simplă carență de acid nicotinic. Mai de grabă mecanismul patogenetic, care caracterizează sindromul pelagros pare să fie deslățuit prin asocierea mai multor factori, între care carența vitaminii P. P. ar putea avea un rol mai însemnat dar nu unic.

Încercând să pătrundem natura proceselor morbide, care se desfășoară în cursul pelagrei, ajungem în mod firesc să ne întrebăm dacă cele 3 categorii de simptome, digestive, cutanate și nervoase, evoluează independent unele de altele sau dacă nu există dimpotrivă între ele un raport de subordonare, și atunci se impune nevoia de a lămuri care este turburarea inițială, cauza apariției celorlalte? Până acum nu putem răspunde acestei întrebări.

Unii autori au considerat simptomele cutanate și nervoase ca un rezultat al intoxicației lente provocate de turburările digestive sau încă de ingestia unor toxine exogene legate de alimentația maidică. Importanța și frecvența acestor turburări a fost pusă în evidență și prin cercetările urmărite în Institutul de Igienă din Iași (studiul chimismului fecal la pelagroși și la alți membri din familiile lor). Sub influența administrării de nicotinică aceste turburări par să cedeze cele dintâi. Nu știm însă încă în ce fel se exercită această acțiune, care influențează favorabil nu numai turburările pelagroase ci și alte afecțiuni ale tubului digestiv (colite). Cercetări personale nu au putut pune în evidență o influență directă excitosecretorie asupra mucoasei gastrice a pelagroșilor.

Cercetări recente au readus în discuție rolul patogenetic al turburărilor cutanate. Unele experiențe par a sugera că anumite substanțe produse la nivelul pielei bolnave (histamina) pot exercita o acțiune toxică asupra întregului organism și în special asupra mucoasei stomacale. Pe de altă parte simetria impresionantă pe care o prezintă eritemul pelagros pare a ne arăta că mai de grabă leziunile cutanate sunt acelea care evoluează sub influența unor turburări situate în sistemul nervos central. În același fel se pot explica și leziunile gastrice progresive ale pelagrei.

Dar până acum niciuna din aceste ipoteze nu a putut fi sprijinită pe fapte suficiente. E mai probabil că turburarea inițială în pelagră să fie o alterare a echilibrului metabolic, având ca rezultat producerea unor substanțe toxice și turburări funcționale, care deslănțuiesc mecanismul patogenetic.

Una din turburările metabolice studiate în ultimul timp în pelagră e porfirinuria, care pare să trădeze o turburare în metabolismul fierului și al hemoglobinei. Acidul nicotinic pare să aibă o acțiune specială asupra acestei porfirinurii pe care o face să dispară nu numai în pelagră ci și în alte cazuri, în care a fost utilizat (porfirinuria intoxicației cu Pb.).

Dar nici porfirinuria nu poate fi considerată ca un simptom patognomic al pelagrei și nici nu avem dovezi suficiente pentru a-i atribui un rol patogenetic inițial.

Utilizarea terapeutică a acidului nicotinic nu ne-a putut lămurii suficient în ceea ce privește natura proceselor morbide ale pelagrei. Acțiunea lui se pare mai de grabă o acțiune patogenetică decât o acțiune etiologică propriu zisă. Studiul patogeniei pelagrei e însă abia la început. Progresul lui ne va aduce nu numai posibilități noi în lupta antipelagroasă, dar și contribuțiuni prețioase pentru înțelegerea boalelor de nutriție în general și mai ales a turburărilor întâlnite așa de frecvent alături de pelagră în ținuturile unde boala este endemică.

Prof. Hagișanu : Școala din Cluj se prezintă sub aspectul biopolitic în ceea ce privește problema pelagrei. Încă din 1910—

1911 am atras atenția asupra modificărilor dela nivelul tubului digestiv, inspirat de școala lui Babeș. Cercetările lui Babeș veneau să demonstreze leziunile anatomice. În cazurile recente de pelagră observate de noi fenomenele digestive erau totdeauna prezente. Dacă constatăm eriteme periferice simetrice și o aclorhidrie le declarăm pelagroase. La nivelul stomacului sunt primele simptome, o gastrită latentă, apoi apar cele cutanate. Deși la nivelul stomacului se petrec modificări foarte precoce, nu avem alterațiuni la nivelul marilor glande (ficat, pancreas, etc.) Mai târziu ca o consecință a turburărilor digestive apar turburări intestinale.

Ipovitaminoza este preludivul pelagrei.

Problema este însă mai vastă și nu poate fi discutată în câteva cuvinte.

Prof. Dr. Gh. Popoviciu : Multiplicitatea factorilor e o caracteristică a problemei și a ipoavitaminozelor. În toate avitaminozelor colaborează mai mulți factori. Factorul gastric are o mare importanță. Intervin apoi turburări de rezorptie, metabolism, infecțiile, factorii fizici. Face legătură cu celelalte avitaminoze întâlnite la copii. Pune problema legăturii dintre vitamine și hormoni

Prof. Ballif : Arată că cea mai mare parte din bolnavii psihici internați la Socola sunt pelagroși. Tubul digestiv joacă un rol mare. Ahilie a observat în toate cazurile. Caracterul psihozei este acela al unei psihoze toxice. Fenomenele gastrice trebuie să fie primele. Acidul nicotinic singur nu dă rezultate strălucite. Trebuie combătută și ahilia, căci fenomenele cutanate se pot vindeca și spontan, aclorhidria rămâne și pelagroșii revin tot ca pelagroși.

Prof. Dr. Gh. Tudoranu : Cele trei faze ale digestiei stomacale.

Până acum câteva decenii se descriu 2 faze ale digestiei stomacale: faza psihică și faza gastrică sau chimică. Actualmente se descrie o a treia fază, faza intestinală cu repercursiuni importante asupra secreției și motricității stomacale.

1. Faza psihică. S'a văzut că faza psihică reușește și la câinii decerebrați, așa încât astăzi se preferă a se numi faza cefalică.

Nu mai insistăm asupra secreției.

Danielopol a fost primul cercetător care a arătat că funcția motrice se suprapune celei secretorii.

Cercetările noastre confirmă pe ale Profesorului Danielopol în privința persoanelor cu stomac hipochimetic, dar arată o acțiune inhibitorie asupra persoanelor cu stomac hiperchimetic.

II. Faza gastrică. Mai toți cercetătorii de până acum s'au ocupat de funcția secretorie. Pentru completarea cunoștințelor privitoare la secreție am făcut o serie de cercetări asupra vitaminelor și am găsit că, vitamina A și C, măresc secreția stomacală, pe când vitamina B o micșorează.

Funcția motrice. Noi am dat o mare extensiune cercetărilor asupra acestei funcții, prin metoda viscerografică.

S'au făcut experiențe asupra tincturilor amare și s'a găsit că nu toate au acțiune stimulentă. Tinctura Gentiana, Condurango, Tinctura nuca vonica au o acțiune stimulentă, pe când tinctura Quassia are o acțiune inhibitorie.

Alcoolul are o acțiune inhibitorie care durează mai multă vreme și poate aceasta explică neînțelegerile familiare ale unor soți, care întorcându-se dela aperitive și ne mai având foame, caută nod în papură mâncării de acasă. Cafeaua are din contră o acțiune stimulentă asupra mișcării stomacului.

Vom cita, pentru curiozitate, numai acțiunea Histaminei, care determină o serie de contracții tetanice și acțiunea bicarbonatului de sodiu care dă o serie de salve de mici contracții stomacale, alternând cu perioade de inhibiție.

Este interesant deci a cunoaște acțiunea alimentelor și medicamentelor asupra mișcării stomacului pentru a le întrebuința

în acțiunea terapeutică a stomacurilor hipokinetice sau hiperkinetice.

III. *Faza intestinală.* Incă din 1900 Leconte a observat acțiunea a diferite alimente asupra mișcărilor stomacului. În urmă, mulți cercetători au experimentat cu produse variate.

Cum experiențele s'au făcut la câine și rezultatele sunt contradictorii, mi-am propus a experimenta pe om. Am găsit că untdelemnul, glucoza, bulionul și bicarbonatul de sodiu deprimă secreția, pe când alcoolul, peptona, histamina și sulfatul de magneziu măresc secreția stomacală.

Unii autori (Graham etc.) au căutat să utilizeze alimentarea prin sondă duodenală cu substanțe ce inhibă secrețiunile în cazurile de ulcer de stomac cu stenoză, înainte de operație sau în cazurile de ulcer pe cale de cicatrizare, așa, încât substanțe ca glucoza și bulionul s'ar putea întrebuința în alimentația duodenală.

Funcția motrice Incă din 1916, Carlson descoperise că untdelemnul introdus în duoden inhibează mișcărilor stomacului. Ulterior alți autori au găsit că, în partea superioară a intestinului subțire se formează o substanță pe care au numit-o enterogastrom, care e activată de grăsimi. Cercetările noastre au arătat că mai sunt și alte substanțe precum glucoza, bulionul, peptona, vitamina C și D, care inhibează mișcărilor stomacului și că numai puține substanțe cum sunt alcoolul, acidul carbonic, apa de Slănic, Vitamina A și B, accelerează sau măresc amplitudinile mișcărilor stomacului.

Cercetările de până acum au numai o importanță doctrinară.

Ca un adaos la fazele digestiei stomacale așa avea să amintesc influența absorbției rectale asupra secreției stomacale, pentru unele substanțe cum sunt clorura de sodiu și glucoza, clisme cu ser fiziologic măresc secreția stomacală, pe când glucoza o micșorează.

De aici s'ar putea conchide că în tratamentul pre- și post operator al ulcerului de stomac sunt contra indicate clisme cu ser glucozat.

Cercetările noastre sunt în curs, dar ne dau un puternic stimulent pentru cercetările viitoare.

Prof. Dr. Gh. Popovici — Dr. Marșeu Ligia: Noui contribuțiuni asupra boalei lui Ritter.

Sedința din 30 Iunie 1944.

Prezidează: Prof. Dr. MARIUS STURZA, președinte.

Prof. Dr. C. Tătaru, Dr. P. Țârlea, Dr. O. Pop-Mihalescu: Sarcomatoză multiplă hemoragică (idiopatică) Kaposi.

P. Gh. de 58 ani, ofițer de rezervă, căsătorit, evacuat din Crimeea în luna Mai crt. și internat în mai multe spitale militare și de Z. I. până la data de 12 Iunie 1944, când este trimis în serviciul Clinicii Dermato-venerice din Cluj la Sibiu, pentru precizarea diagnosticului. În antecedente malarie la 22 ani. Boala actuală datează din toamna anului 1943, instalându-se în mod insidios, în timpul campaniei din Caucaz apoi în Crimeea, bolnavul nesusizând decât la Crăciun tumefierea părților distale ale extremităților superioare și inferioare și o jenă din ce în ce mai accentuată la mers. Bolnavul și-a continuat activitatea pe front și numai după revenirea în țară a fost îngrijit în mai multe spitale, fără să i se fixeze diagnosticul, boala etichetându-se ca lepră, sau o maladie necunoscută la noi, cu vreun agent infecțios din Caucaz.

La intrarea în Clinică, bolnavul bine dezvoltat și nutrit, cu starea generală bună, prezenta în mod perfect simetric, interesând părțile distale ale extremităților superioare și inferioare până la nivelul gâtului mâinilor și regiunilor maleolare o serie de manifestări cutanate, caracterizate printr'un edem considerabil, mai exprimat la picioare, nemaleabil, dur, cu îngroșarea degetelor. Pe acest substrat, tegumentele brune-livide, pe alocuri cu excrescențe papilomatoase, întretăiate de șanțuri, dau tabloul caracteristic im-

reună cu edemul dur al unei elefantiaze. Tabloul clinic este predominat de un număr mare de tumorete dela mărimea unor boabe de linte la dimensiunea unor alune, izolate dar mai cu seamă conglobate în placarde întinse cu margini policiclice, având un sediu în grosimea tegumentelor, pe care le denivelează foarte puțin. Aceste formațiuni sunt sferice, cu tegumentele întinse, livide-brune la nivelul lor, pe alocuri cu scvame lameloase pe suprafață, prezentând în centrul leziunilor mai evolute, o colorație roșie-lividă, semnele unei hemoragii în grosimea țesuturilor. Pe planta stângă, în dreptul metatarsianului al doilea, se prezintă o tumoretă pediculată, cu suprafața exulcerată. În jurul placardelor de conglomerate tumorale, în direcție centripetă, se observă o serie de eflorescență de dată mai recentă, izolate, de dimensiuni mai mici. Subiectiv, nicio acuză, afară de o jenă la mișcări. Din partea sistemului limfatic ganglionar, a organelor interne și a mucoaselor, nimic patologic. Toate reacțiile din sânge și urină negative. Structura isto-patologică a tumorărilor arată un tablou tipic, care confirmă diagnosticul clinic de: Sarcomatoză multiplă idiopatică Kaposi, prin prezența unei capsule conjunctive, care separă spre epiderm o formațiune dermică, constituită dintr'un țesut conjunctiv, cu foarte numeroase celule fuziforme și un număr enorm de vase neoformate care formează o rețea abundentă, pigment sangvin liber și un număr mai redus de celule rotunde. După unii ar fi sarcom fasciculat, după alții periteliom sau endoteliom.

Afecțiunea descrisă la 1870 de vienezul Kaposi, nici azi nu este clarificată în ceea ce privește natura ei. Se discută natura neoplasică, malformativă, infecțioasă, cu argumente pro și contra. În orice caz, ea nu este o sarcomatoză tipică, nici istologic, nici ca malignitate, dând foarte rar metastaze și având o evoluție lungă până la 10 ani.

Azi această afecțiune se consideră ca o angiomatoză, a cărei cauză încă necunoscută acționează asupra celulelor histiofibroblastice, imprimându-le proprietăți angioplastice.

Raritatea mare a afecțiunii, precum și dificultatea de diagnostic de către atâtea servicii spitalicești pe unde a trecut bolnavul, justifică prezentarea cazului.

Dr. P. Țârlea, Dr. O. Mihalescu-Pop, Drd. E. Mociani: Sifilis terțiar cu destrucțiuni întinse ale extremității cefalice.

H. S. de 26 ani, căsătorit, din Bucerdea Vinoasă (Alba), intră în Clinica Dermato-venerică din Cluj la Sibiu în 24 Iunie 1944 cu diagnosticul de: Sifilis terțiar cu gomă colicvată la unghiul intern al ochiului drept, gome destructive și ulcerose ale nasului, cu destrucția septului cartilajinos, a aripilor nazale și a buzei superioare, precum și a vâului palatin și a luei, cu bride cicatriciale deformante, Soțul dispărut pe front. În familie mama a avut două avorturi. Trei frați în viață. Bolnava a avut 2 sarcini: în 1936 cu făt mort născut și în Martie 1944 cu o naștere normală, copilul cu debilitate congenitală sucombând după o săptămână. Acum trei ani a apărut pe buza superioară o tumefacție sferică de mărimea unei alune, care după o evoluție ciclică s'a exulcerat. Procesul reprezentat prin astfel de gome a cuprins apoi nasul, buza superioară, nazo-faringele și în ultimul timp unghiul intern al ochiului drept.

La examenul obiectiv: bolnava mijlociu dezvoltată și nutrită, anemică, prezintă centrul feței deformat prin turtirea nasului, tumefierea unghiului intern al ochiului drept și prin niște mase crustoase, care acoperă extremitatea distală a nasului și în continuare buza superioară, distrusă în partea mediană. Crustele acoperă ulcerări profunde, cu marginile tăiate à pic, policiclice, iar în jur niște cicatrice alb-rozate vascularizate, netede. Vâul palatin în partea mediană, împreună cu lueta este distrus, prezentând o lipsă de substanță triunghiulară cu baza postero-inferioară, delimitată de niște bride cicatriciale, care se inseră pe pilierii posteriori ai amigdalelor.

Seroreacția pozitivă confirmă diagnosticul clinic.

Cazul I-am prezentat, ca având un interes practic mai cu seamă pentru generația tânără de medici și studenți, cari — având în vedere raritatea relativă a manifestațiunilor cutanate terțiare sifilitice la noi, — de multeori trec prin facultate, fără să fi văzut un singur caz de sifilis terțiar. Cazul mai prezintă interes și prin faptul, că deși după antecedentele eredo-colaterale se presupune o infecție congenitală, clinic cu se poate confirma această ipoteză, în absența oricărui semn de heredodistrofie.

Conf. Dr. Cimoca — Maior Dr. Tutela: Eczema unghiilor în cadrul patologiei cutanate.

Dr. Remus Doctor — Dr. A. Doctor-Perșea: Hemiplegie dreaptă cauzată de abces cerebral recidivant.

Prof. Papilian — Conf. Preda: Vicii de conformație obținute experimental.

Prof. Dr. L. Ballif și D-na Dr. M. Chelărescu: Evoluția reticulo-endotelială a plasmodiului dela sâtar (P. Galinaceum-Brumpt) — Prezentări de preparate microscopice.

Plasmodium galinaceum, semnalat prima dată de Prowazek (1912) și descris amănunțit de Brumpt (1935) la găinile din extremul orient — Sumatra, Indochina, Ceylan, — n'a fost găsit de niciun cercetător la paserile din Europa.

Autorii au găsit și descris un plasmodium morfologic similar cu plasmoidum galinaceum la sâtarii cari trec prin țara noastră primăvara și toamna și reușesc să-l transmită în serii la găinile și paserile sburătoare din regiunea Socola-lăși, cari în natură n'au niciodată acest parazit. Descrierea morfologiei și evoluției parazitului a fost făcută într-o comunicare la Societatea de Medici și Naturaliști din Iași în 1939.

Actualmente autorii aduc o nouă probă pentru a susține că plasmodium dela sâtar este identic cu plasmodium galinaceum Brumpt; ei găsesc la paserile inoculate cu sânge dela sâtar o evoluție exoeritocitară (reticulo-endotelială) a parazitului similară evoluției E. E., care se constată și la paserile inoculate cu sușa P. galinaceum Brumpt (sușă obținută dela Laboratorul Horton-Anglia prin bunăvoința D-lor P. G. Schute și Prof. M. Ciucă).

Se face demonstrarea microscopică a evoluției reticulo-endoteliale în capilarele creierului la paseri, arătându-se că evoluția reticulo-endotelială se face concomitent cu evoluția eritocitară și la sușele menținute un timp îndelungat numai prin inoculări de sânge parazitat, respectiv 96 pasaje la sușele de P. galinaceum-Brumpt și 18 pasaje la sușele cu plasmodium dela sâtar.

La diverse paseri infectate cu plasmodium precox, atât de răspândit la paserile sburătoare din regiunea noastră, autorii n'au putut constata o evoluție reticulo-endotelială a parazitului.

(Lucrare făcută în Stațiunea de Malaria-terapie și cercetări științifice a Spitalului Socola-lăși, refugiat la Spitalul de Boli Mintale și Nervoase din Sibiu).

Prof. Dr. L. Ballif: Premuniția și imunitatea în malaria umană.

E bine cunoscut astăzi faptul că în regiunile paludice adulții prezintă o rezistență marcată față de infecțiile celor 3 tipuri de malarie umană pe când copiii mici sunt foarte receptivi și fac forme grave. Pringle, Baudin, Laveran, au fost printre primii cercetători care au arătat imunitatea indigenilor din țările cu paludism hiperendemic. Christophers a publicat statistici amănunțite pentru a demonstra instalarea treptată a unei rezistențe din ce în ce mai mare față de infecția malarică pe măsură ce individul înaintea în vârstă.

Astfel în primii 2 ani, copiii din regiunile hiperendemice sunt infectați într-un procent de 100% și prezintă splenomegalie într-un procent de 88%. Între 3 până la 5 ani indiciile splenic crește până la 92% în timp ce paraziții sunt mai puțin numeroși

și accesele febrile mai rari. Între 6—10 ani, cazurile cu splenomegalie scad la 7%. Într-o regiune amănunțit studiată de autor 70% din copii avea indiciile splenic mărit pe când la adulți indiciile splenic era mărit numai în 10% din cazuri. Mortalitatea copiilor suferind de malarie e foarte mare, pe când adulții devin imuni.

Malariaterapia a oferit un fericit prilej de a se putea studia mai exact instalarea imunității la om, atât în urma infecțiilor prin sporozoizi cât și urma infecțiilor cu sânge virulent. Astfel s'a putut demonstra că în timp ce în natură imunitatea se instalează în genere în 6 ani, în Clinică se poate determina un însemnat grad de imunitate după 3—6 infecții făcute în cursul a 10—20 luni (studiile au fost făcute aproape numai pe bolnavi adulți, cari aveau nevoie de malariaterapie).

Cercetările făcute de Prof.: M. Ciucă, L. Ballif și D-na Dr. Chelărescu-Vieru, pe bolnavii dela spitalul de boli mintale Socola-lăși, au arătat că din 1198 bolnavi cărora li s'a făcut o singură inoculare de sânge virulent, numai 58% sunt complet receptivi și fac infecția cu paraziți în sânge și accese febrile (A+ P+); 15% nu fac accese, dar prezintă paraziți în sângele periferic (Ao P+) având astfel numai o rezistență clinică și rămânând receptivi pentru paraziți; 34,2% nu fac nici accese febrile și nu prezintă nici paraziți în sângele periferic (Ao Po) și pot fi socotiți ca imuni. Aceste rezultate arată gradul de rezistență (imunitate) a indivizilor în genere adulți, dintr-o regiune paludică a Moldovei.

La un număr de 204 bolnavi se face a doua inoculare cu sânge virulent și se obțin următoarele rezultate: 13,1% A+ P+; 14% Ao P+ și 72,9% Ao Po.

După a treia inoculare făcută pe 101 bolnavi se obține: 2% A+ P+; 11,2% Ao P+ și 86,8% Ao Po. La a patra inoculare făcută la 55 bolnavi: 1,9% A+ P+; 5,7% Ao P+ și 92,4% Ao Po. După a cincea inoculare și următoarele 20 inoculări se obține constant: 100% Ao Po.

Rezultate asemănătoare au fost obținute anterior în paludism aviar de către: Pfeiffer (1899), Koch, Wasielevski, Moldovan, Whitmore, Talliaferro, Frații Sergent, etc. Dar pe când Koch de ex. admite la paseri dezvoltarea unei imunități totale persistente chiar în timpul dispariției complete a paraziților din organismul paserilor, Wasielevski, Moldovan, Sergent admit numai o rezistență clinică cu persistența parazitismului. Acest aspect al imunității a fost denumit ulterior (1931) *premuniție* de către Sergent, Parrot, Donatien și Lestoquard. Ballif și Chelărescu confirmă existența unei premuniții ca aspect al imunității în paludismul aviar.

Se pune chestiunea dacă la om imunitatea trebuie să fie considerată numai ca o rezistență clinică cu persistența paraziților în organism (premuniție) sau dacă se poate vorbi de o adevărată imunitate; rezistența clinică care să persiste și după completa dispariție a paraziților din organism (sânge periferic și organe interne).

Cercetările, în curs de publicare, făcute de Prof.: M. Ciucă, L. Ballif și d-na Dr. M. Chelărescu și colaboratorii pe un mare număr de bolnavi rezistenți la cele trei tipuri de malarie umană, observați timp de peste 10 ani duc la concluzia că în instalarea imunității experimentale ca și în instalarea imunității naturale se constată mai multe etape progresive: 1. Receptivitate completă (A+ P+); 2. Receptivitate atenuată (dispariția spontană a acceselor după 3—4 accese febrile) (A± P+); 3. Rezistență clinică (Ao P+); 4. Rezistență totală (Ao Po). Acest ultim stadiu poate fi separat în două: a) stare de premuniție și b) stare de imunitate adevărată.

În starea de premuniție nu se pot decela paraziții în sângele periferic prin examenul în picătură groasă, repetat timp îndelungat — luni sau ani —; dar prin metoda biologică a transfuziei de 200 cc. sânge, se poate transmite boala la un nou individ. În starea de imunitate adevărată și proba biologică este negativă.

Starea de premuniție are o durată mai lungă pe când imunitatea adevărată are o durată mai scurtă, de altfel diferită la cele

trei tipuri de paraziți (mai prelungită față de *P. Malariae* și de o mai scurtă durată față de *P. vivax* și mai ales față de *P. F.*).

Prof. M. Botez: Terenul și starea constitutivă și momentul în stările patologice. (Conferință).

Cuvântul președintelui: Prof. Dr. M. Sturza:

Doamenlor și Domnilor,

Azi ținem ultima ședință a Societății în acest an școlar.

Cu ocazia aceasta țin să relev din nou marele eveniment care s'a succedat în cursul acestui an în viața societății. S'a in-

făptuit o colaborare mai strânsă între Facultatea de Medicină din Iași și cea din Cluj—Sibiu. S'a vorbit în cercul nostru la prima noastră întâlnire de un eveniment istoric și chiar prin presă; ori evenimentul istoric s'a petrecut abia în ședința trecută când frații și colegii noștri au activat în același fel ca și membrii societății noastre și au pus în discuție chestiuni deosebit de importante pentru medicina țării noastre.

Mulțumesc din toată inima Domnilor colegi pentru străduința Domniilor lor și pentru nivelul înalt științific care a dominat în cursul acestor ședințe.

Revista cărților

Radiodiagnostic clinic de *Prof. Dr. D. Negru*. Un volum de 612 pag. cu 591 figuri în text. 1944. Editura H. Welther, Sibiu, Str. Regina Maria Nr. 28. Prețul exemplarului legat în pânză lei 7200.

Tratatul „Radiodiagnostic clinic” al d-lui Prof. D. Negru dela Universitatea din Cluj apare într'un format ireproșabil, făcând cinstite deosebită științei medicale române.

Il consider ca cel mai admirabil tratat ce a apărut în ultimii ani în medicina românească.

Acest tratat de radiodiagnostic nu numai că poate sta alături de tratatele scrise în limba franceză, engleză și germană, ci prin felul cum este conceput și prezentat are o notă de originalitate și trădează experiența de mai mult ca 20 ani ai autorului. Într'adevăr numai o cunoaștere temeinică a unei discipline și o lungă experiență ne permite să dăm lumii medicale un tratat serios și temeinic.

Cartea d-lui Prof. Negru este rezultatul unei activități laborioase la prima catedră românească de Radiologie, catedră care s'a creat la nașterea Universității clujene, ca o necesitate imperioasă științifică și practică.

D-l Prof. Negru a început cariera de radiolog în clinica marelui clinician, Profesor Nanu Muscel. Astfel dela început a practicat o radiologie clinică foarte apropiată de patul bolnavului. La Cluj și la Sibiu a avut cel mai strâns contact cu toate clinicile, culegând o experiență foarte vastă din domeniul tuturor specialităților. Cunoștințele sale serioase de fizică și matematică i-a permis să devină în același timp nu numai un eminent diagnostician, dar și un excelent tehnician. Să nu se uite apoi că d-l Profesor Negru dispune și de un bun condeiu românesc. Toate acestea au contribuit, ca domnia-sa să dea un tratat splendid, cu o prezentare completă a tehnicii, anatomiei, fiziologiei, clinice, diagnosticului radiologic, într'o limbă clară și într'un stil sobru, științific.

Prezentarea integrală a tuturor organelor și sistemelor îi dă nota esențială și originală a acestui tratat.

Cartea cuprinde mai multe capitole.

Partea I. — Noțiuni introductive, după o scurtă și precisă introducere asupra noțiunii electricității, se ocupă cu natura razelor Roentgen. În această parte autorul apare cu cunoștințele sale solide de fizică și matematică. Această parte este o admirabilă sinteză a întregii probleme, cuprinzând și cele mai noi achiziții științifice și tehnice (Radiokimografia).

Partea II-a o formează explorarea radiologică a scheletului.

Aci autorul vine cu o experiență foarte vastă. În această parte apare maestrul îndrăgostit tocmai în partea cea mai dificilă și migăloasă a medicinei. Avem impresia că acestui capitol îi dă în raport cu celelalte prea mare extensie. La un examen mai în amănunt această extensie este însă numai aparentă. Autorul a voit să evite din punct de vedere practic apariția în două volume a tratatului său, din care primul volum ar fi fost destinat radiologiei

scheletului. Această extensiune, desi este aparentă, totuși deranjează armonia între deosebitele capitole. Prin faptul însă, că autorul dă o mare importanță acestui capitol, face un mare serviciu medicinei generale, care adeseori uită că omul nu este numai viscere și că sistemul osos făcând o mare parte a organismului, suferințele lui au deosebită importanță și cunoașterea lor are o mare valoare. Și acest capitol arid este foarte bine pus la punct atât în partea anatomică normală cât și în cea patologică, iar prin figurile explicative bine selecționate și executate câștigă foarte mult în claritate. În această parte autorul apare și cu metode originale ingenioase, — este partea „amorului prim” ce a dat naștere multor idei noi interesante și utile.

După acest capitol urmează capitolele cari se ocupă cu explorarea viscerelor.

Aparatul respirator cuprinde **diafragma** și **mediastinul**.

Inimă și vasele mari, — și în acest capitol cultivat de autor aduce procedee originale.

Tubul digestiv, — în această parte considerăm de un merit că introduce și capitolul **stomacului operat**, cu care radiologul se întâlnește adesea. Ceea ce i se poate obiecta acestei părți, este că nu dă suficientă importanță suferințelor duodenale, în cunoașterea cărora mai ales Clinica medicală I din Cluj a adus contribuții importante. Suferințele duodenului azi ocupă un loc important în patologia digestivă, iar Röntgenul este metoda suverană în diagnostic. La o nouă ediție să i se dea acestei părți locul cuvenit.

Urmează apoi **radiologia căilor biliare**, a **aparatului urinar** și **radiologia în obstetrică și în ginecologie**.

În toate aceste capitole găsim indicații precise, tehnice și clinice, cu o expunere clară a părții normale și patologice, cu indicații prețioase clinice.

Admirabila prezentare atât tehnică cât și științifică a „Radiodiagnosticului clinic”, mă îndreptățește să consider apariția acestui tratat ca un adevărat eveniment al literaturii medicale române, — fiind o mândrie nu numai a institutului de radiologie de sub conducerea d-lui Prof. D. Negru, ci și a Facultății de medicină din Cluj, precum și a științei medicale române.

Acest tratat minunat nu poate lipsi din biblioteca nici unei clinici, nici unui medic. Deși, după *Sergent*, Roentgenul nu poate înlocui stetoscopul, totuși medicina modernă pretinde că și în cel mai mic cabinet medical afară de stetoscop să existe și un modest aparat de Roentgen.

Afară de felicitări aduse autorului, afară de felicitări pentru editura Welther pentru splendida executare tipografică, — închei cu cea mai caldă recomandare tuturor medicilor și studenților în medicină, pentru a avea acest tratat — ca pe un excelent îndrumător în disciplina radiologiei — atât de importantă în medicină.

Prof. Dr. I. Hatieganu

† Dr. VICTOR FRĂȚILĂ

1913—1944

Din rândurile tinerei generații de medici neiertătoare moarte a smuls, după mari și neînchipuite suferințe, pe apreciatul chirurg *Dr. Victor Frățilă*.

Deși numai în al 31-lea an al vieții, distinsul dispărut, datorită vastei culturi medicale, capacității de muncă, sensibilității sale sufletești, caracterului său drept și loial, lasă în urma lui o elocventă carieră de medic civil și militar, o luminoasă imagine și unanime regrete.

În calitate de chirurg mobilizat și trimis pe front, Med. sublocot. *Dr. Victor Frățilă*, om al datoriei, își sacrifică propria sănătate, muncind până la extenuare. Nimic nu era prea greu, nimic prea mult pentru el.

Un reumatism grav îl silește să părăsească frontul devenind astfel inapt pentru serviciul din zona operativă, după un scurt concediu de boală, îl găsim șef al secției chirurgicale la spitalul militar Turda.

Cine oare nu-și amintește de activitatea lui de aici?

Cu câtă dragoste și-a organizat și înzestrat sala de operații acest pasionat chirurg! Cu câtă duioșie își îngrijea răniții! Câtă finețe se desprindea din fiecare gest, din fiecare faptă a lui!

Cursul de infirmiere de Cruce Roșie organizat de Spitalul militar, a avut ca profesor tot pe sublt. *Dr.*

Victor Frățilă, care cu o deosebită pricepere a instruit infirmierele voluntare, auxiliare, atât de prețioase serviciului spitalicesc de azi.

Cu toate că boala contractată pe front i se agravează, el nu se abate dela datorie, căci el nu știa ce e odihna. Bolnav chiar, continuă a-și face serviciul zi de zi, până când s'a găsit în trista situație de a nu putea părăsi patul.

Au urmat pentru el luni de istovitoare suferințe, pe care le-a purtat cu resemnarea medicului conștient de boala sa și cu speranța sufletului lui tânăr într-o însănătoșire.

Încrezător în puterea științei medicale se internează în Clinica Profesorului său I. Goia din Sibiu. Spre marea durere a tuturor, nici știința, nici devotamentul și dragostea nețărnută a scumpei sale mame, nu i-au putut ajuta.

Cu gândul și dorul mereu la Turda, unde a lăsat o parte din inima sa, ~ mai cere odată uniforma pe care a purtat-o: cu ochii împăienjeniți de lacrimi își mângâie epoletul, cruce roșie, decorațiile militare...

Așa s'a stins viața sbuciumată de pasiunea muncii în plină ascensiune a carierei doctorului *Victor Frățilă*.

Dr. Gh. B.



Dr. Victor Frățilă

† Dr. MIRCEA PETRI

1914—1944

În vremurile atât de tulburi prin care trecem, vestea cea mai tristă care a impresionat adânc pe toți colegii, prietenii și cunoștii lui, a fost moartea Doctorului *Mircea Petri*. Moartea neiertătoare l-a răpit fulgător din mijlocul nostru în ziua de Marți, 22 August 1944, în al 30-lea an al vieții și după doi ani de căsnicie fericită.

Născut în America în 17 Februarie 1914, frageda copilărie o petrece acolo până la 7 ani, când vine în țara lui dragă cu părinții. Școala primară și liceul le termină în Sibiu, distingându-se ca un elev muncitor și bun, deja la vârsta de 17 ani luându-și bacalaureatul. Se înscrie la Facultatea de Medicină din Cluj în 1931, pe care o termină în 1937. În anii 1937-39 activează ca secundar la Spitalul de Boli Mintale din Sibiu, iar în anii 1942-43 ca medic al Asigurărilor Sociale și Profesor



Dr. Mircea Petri

de Igienă la Liceul Industrial din Câmpulung-Bucovina, de unde se refugiază la Sibiu în primăvara anului 1944 din cauza evenimentelor neașteptate ce au survenit. Aci se înscrie la cursurile pentru specializare în Stomatologie, dând în același timp consultații particulare în cabinetul medical al Doctorului Banu, până la data când moartea crudă i-a întrerupt firul vieții la cea mai frumoasă și cea mai productivă vârstă.

Cine a avut plăcuta ocazie de a-l cunoaște, pe studentul și Doctorul *Mircea Petri*, nu-l va uita niciodată, pentru că firea lui blândă, modestia, optimismul, prietenia desinteresată, spirit glumeț, caracter ales, muncitor, sunt tot atâtea calități cari l-au ca-

racterizat.

Amintirea lui va trăi veșnic în sufletele noastre îndurerate.

Dr. F. A.

BELLAFIT

Fiole injectabile, soluție și tablete

Antispasmodic energic,
conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladona

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluție și tablete

Vitamina C

PROSCORBIN

Acid ascorbic

Fiole 2 cc. = 150 mgr.

Fiole 5 cc. = 500 mgr.

Tablete à 25 mgr.

Tablete à 100 mgr.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE fostă
GEDEON RICHTER

S.
A.
R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 89

Telefon 5.69.03

Dodonal



Înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0.3 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 2000. Pentru autorități 2500 Lei. Costul unui număr este 250 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 3 pagini de revistă. Costul tiparului peste 3 pagini va fi suportat de autor, 2000 Lei pagina.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.

Anunțurile se angajează direct prin Administrația revistei cu tariful următor:

In interiorul revistei 1 pagină 6000 Lei, 1/2 pagină 3500 Lei

Paginile de pe copertă și fixe au tarif special.

Pentru encartage se plătește 1 Leu de fiecare inserat.

Autorii vor prezenta odată cu articolul și un mic rezumat în românește, franțuzește și nemțește.

Costul extraselor îl privește pe autor și se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Hormonul lactatiei

pentru prima oară introdus în terapie
prin

Suppletan-Salbe

bazat pe faptul că aplicația locală percutană
este cel mai favorabil mod de întrebuințare
pentru acest hormon.

Indicațiuni: agalactie hormonală, încetarea
timpurie a secreției lactate.

Forma de prezentare: tub. orig. cu 20 g.



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Budolf Forek, București III, Strada General Eremia Găgărescu, 6.

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. A. Botez, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. J. Guiart, Prof. Dr. M. Hângănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Prof. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

REDACȚIA
ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj—Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

S U M A R U L :

Problema actuală :

M. Kernbach: Medicina în procesul socializării Pag. 473

Articole științifice :

I. Hațieganu, M. Hângănuț, V. Secărea: Contribuțiuni la sindromul stazei duodenale 481
Prof. Dr. C. I. Urechia și Dr. D. Duma: Un alt caz de mielită post-salvarsanică 486
Iubu Mihai, Weindel Edda și Petculescu Eugenia: Meningită otică la un copil de un an
și patru luni vindecată prin craniectomie timpano-mastoidiană și administrare de sulfamide 487
Prof. Dr. I. Manta și Dr. V. Lupea: Efectul tampon al apei lacului Ursu din Sovata 488
I. Gavrilă, I. Ardelean și L. Comes: Hemocultura și sero-reacția Widal calitativă în cursul
febrei tifoide 490

Medicină de războiu :

Prof. Dr. Marius Sturza: Fizioterapia în războiu 494

Probleme de farmacologie :

Prof. Dr. C. C. Velluda: Evoluția farmacologiei 498

Probleme terapeutice :

Dr. Eugen Morariu: Apele noastre cloruro-sodice-iodate și valoarea lor terapeutică 507

Necrolog: 511

† Dr. Elena Baroni, 1895—1944

† Dr. Ștefan Preotesoiu, 1908—1944



NEOL
ANGINE
ULCERATIONI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITES



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



"LUTETIA" S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15



ANTISCORBIN

Produs de vitamină „C” (L-Ascorbinat de sodiu):

Injectii:	0,05/1 cmc.	—	cutia cu 10 fiole
”	0,10/2 ”	—	” ” 5 ”
”	0,50/5 ”	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,05		tubul cu 12 tablete

BEVITAMIN HyGEA

Produs de Aneurin, Factorul „B₁”:

Injectii:	0,005/1 cmc.	—	cutia cu 3 fiole
”	0.005/1 ”	—	” ” 6 ”
”	0,025/1 ”	—	” ” 3 ”
Tablete:	0,003		tubul cu 20 tablete

FOLLICULIN HyGEA

Soluție oleioasă de Dihidrofolliculin Benzoic:

Injectii:	10.000 .U. I.	cutia cu 3 fiole	1 cmc.
”	10.000 .U. I.	” ” 6 ”	1 ”
”	50.000 .U. I.	” ” 3 ”	2 ”

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R. BUCUREȘTI
SPLAIUL UNIRII 27
TELEFON: 4-22-44

BELLAFIT

Fiole injectabile, soluție și tablete

Antispasmodic energic,
conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladonna

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluție și tablete

Vitamina C

PROSCORBIN

Acid ascorbic

Fiole 2 cc. = 150 mgr.

Fiole 5 cc. = 500 mgr.

Tablete à 25 mgr.

Tablete à 100 mgr.

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE fostă

GEDEON RICHTER

S.
A.
R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 89

Telefon 5.69.03

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Problema actuală

Medicina în procesul socializării

de

M. Kernbach

I.

Procesul socializării generale

Medicina, prin însăși definiția și esența ei, a stat în nemijlocit contact cu Idealul mulțimii, ce năzduia spre ascensiune. Durerile fizice la început cele psihice mai apoi, pentru a se ajunge la omul întreg și autentic, au fost lăsate cu precădere în sarcina și misiunea medicinel. Ea s'a supus, cu sau fără vrerea ei, destinului colectiv. Medicina individualistă a pseudolibertăților democratice e sortită a deveni pârgă de bază, alături de economic, a viitoare așezări sociale generale.

De aceea socot că nu este lipsit de interes, ca medicina, la această mare răspântie a ei, să ignoreze momentele decisive și luptele date pentru atingerea „Idealului de lume nouă”. Printr-o analiză retrospectivă se va reliefa că în nucleul acestui ideal, medicina se așează în centrul lui, alături de mulțimea nevoiașă și suferindă, de cea expusă mai mult îmbolnăvirii și invalidității, de cea care nu dispunea de posibilități materiale spre a putea beneficia de progresele binefăcătoare ale științei și artelor medicale. Dacă vom urmări numai evoluția medicinel moderne pe timpul ultimilor două secole, vom constata că acea medicină a fost mai bună care a corespuns idelilor profunde sociale ale diferitelor epoci. Dacă în latura ei științifică medicina aparține biologiei umane, în latura ei artistică, dedicată alinării și conservării sănătății, ea aparține și științelor spirituale, în special sociologiei.

Medicina, ca și reprezentanții ei, închid în ei o dublă capacitate de politică socială: contribuie la menținerea echilibrului cantitativ și calitativ al indivizilor, fie pe calea preventivă, fie prin cea curativă. Ea înalătură suferința și redă pe suferind, după vindecare, productivității sociale. Încăunată în existența cea mai

întimă a omului, ea îi asigură propășirea fizică, intelectuală și spirituală, eliminând pledicele care i-ar micșora puterea de muncă și de producție. Ea este singura care tinde și este în măsură a realiza *economia capitalului-om*, indicând în permanență progresul tehnicii pericolele ce le închide în ei pentru om.

Idealul social, formulat în zilele noastre în toate Statele beligerante sau neutre, se apropie cu toate nădejzile de medicină și medicina are datorită a-și revizui ideologia, spre a putea corespunde noului ideal omenească.

Oricum s'ar desena geometria ascensiunii omenești, pe tărâmul social stăruie, ca un vis idilic și neîmplinit, setea de dreptate, egalitate și solidaritate omenească. Începând cu profeții, cu Isus și continuatorii lui până în zilele noastre, revenind apoi la „Republica” lui Platon, ajungem în secolul al 16-lea la „Utopia” lui Morus, la „Cetatea Soarelui” a lui Campanella, la „Lumea Înțelepților” a lui Fr. Doni, la „Télémaque” și „Salente” ale lui Fénelon. Urmează apoi idealistii secolului al 18-lea: „Testamentul” lui J. Meslier, „Codul Naturii” al lui Morelly, „Indoiala asupra ordinii naturale” a lui Mably și, în fine, „Originea inegalității”, „Contractul social” ale lui J. J. Rousseau. Iată enumerate fugitiv câteva minți, care au elaborat în decursul unei căi lungi, extrem de lungi, doctrina năzuințelor de mai bine.

O singură zestre ideologică bogată și țesută pe aceeași temă, este prelucrată apoi de Saint-Simon și salntsimonienii, de fizlocrați și Adam Smith, mărită apoi în Franța de Fourier, Pequer, Vidal, în Anglia de Owen, în Germania de Rodbertus. Acest imens material oferă doctrinarii socialiști, în frunte cu Karl Marx, din a doua jumătate a secolului al 19-lea fundamentul, pe care s'a putut clădi un sistem temeinic al unei gândiri socialiste științifice, cauzală și utilitară. Datorită ei, țările evului nostru au fost în măsură să o exper-

menteze în deplină libertate pe terenul omenesc. Subt o formă moderată cooperacionistă într-o parte, subt forma extremistă dreaptă sau extremistă stângă în Estul și Vestul Europei, idealul socialist își trăește zilele lui de urzeală și de zămislire universală. Rusia social-sovietică, prin doctrina cea mai rațională a lui Lenin, desăvârșită de Stalin, a ilustrat fără echivoc trăinicia ei.

Inegalitatea bunurilor, repartizarea lor disproporționată între indivizi, se arată în decursul mileniilor de vleață omenească, a fi cauzele cele mai profunde ale tuturor conflictelor, vicliilor, corupțiilor, care au degradat, sfâșiat societatea, înălăturând consolidarea unui echilibru stabil în interiorul Națiunii și a unei armonii internaționale.

Indivizii singuraticii sau grupări încheiate în jurul acelorași idei de egalitate și dreptate, trezesc spiritul public secol de secol, sau de mai multe ori în decursul aceluiasi secol. Nici idealul de perfecțiune platonician, nici idealul utopic a lui Morus — „vleață de muncă fără oboseală, libertate fără trândăvie, bună stare fără lux și plăcere fără abuz” — după atâtea eforturi idealiste, nu a fost atins încă de omenire. Prin acest ideal reformatorii și-au făcut etalonul după care au încercat a descoperi și măsura imperfecțiunilor sociale, a defectelor, nedreptăților politice și sociale, carențelor morale, a disproporțiilor repartizării bunurilor etc.

Secolul al 18-lea concretizează ideile diriguitoare ale perfecțiunii. Distribuția muncii după puteri și a produselor după nevoi (Moreliy); munca dobândește măsura valorii lucrurilor, unica generatoare și unitate de măsură a valorilor (A. Smith). Iată primele formule echilibratoare. Acea cristalizată de A. Smith, „fiecăre după capacitățile și nevoile sale”, dobândește azi puterile unei axiome. Saint-Simon izvodește noțiunea „lumei întoarse” (monde renversé), în care cel inutil se bucură de toate avantajele, în detrimentul multimei utile. Dar forța idealizatoare și creatoare de umanitarism înșiptă definitiv în conștiința unei elite, a stăruit în lupta ei spre mai bine, chiar când perspectivele de realizare se adumbreau în depărtarea vremurilor. Fiecăre propunere și remediu corespundeau unui rău precis ce înțeșta lumea muncitoare. Fiecăre predicare de acest gen insistă asupra îndreptării și reconstrucției ideale a unei nedreptăți, a unei piedici, a unui abuz, a unei suferințe. Critica socialistă s'a cantonat în procesul desechilibrului economic producție-consum. Abia cu secolul al XIX-lea reformatorii oferă și terapia social-economică. De data aceasta lupta se deschide direct asupra capitalului monopolizant și sclavizant al păturii muncitorești. Timpul câștigat prin tehnică și știință se cuvenea să ofere avantajii egale tuturor celor ce trăiau din beneficiile mașinei.

S'au încercat remedii paliative: cartel, sindicat, trust, societăți pe acțiuni. Situațiunea a rămas neschimbată: „Capitaliștii consumă spre a-și omori timpul, lucrătorii se extenuază în lupta concurenței”. Marx sin-

tețizează clar efectul general al regimului de proprietate, care se reșfrânge nu numai asupra individului, ci și asupra colectivităților privite subt toate dimensiunile lor: „Regimul proprietății private înseamnă pentru lucrătorii mizerie, ignoranță și foame; pentru producătorii criză, distrugerii inutile de forțe și sugrumarea procesului producător; pentru capitaliștii nesiguranță și corupție; pentru societate în general, imposibilitatea de a continua un proces evolutiv”. Stalin, în celebrul său „Discurs asupra planului quinqueenal”, spre uimirea tuturor marilor economiști ai Europei, scoate odată și pentru totdeauna în evidență și în mod științific adevărata cauză a acestor stări: „Originele profunde ale crizei se găsesc în contradicția ce există între *caracterul social* al producției și *forma capitalistă* a dobândirii beneficiilor acestei producții”.

Ca un prim efect al criticii socialiste, apare a 2-a serie de reforme cu mari promisiuni de viitor: proprietatea cooperativă, apoi sistemul cooperacionist extins asupra mijloacelor de producție și în cele din urmă exproprierea rurală. Reformele au adus o ameliorare simțitoare a păturii muncitoare agricole. Proprietatea cooperativă desrobește pe muncitor și mărește libertatea clasei muncitoare respective. Pentru clasa muncitoare neagră, producția ca și distribuția bunurilor rămân încă în desechilibru. Producția intensivă pretinde omului maximum de efort corporal și spiritual: vleața omului industrial se consumă în industrie. El nu mai are posibilitatea de a se instrui, nu mai poate aspira să se ridice pe scările superioare ale ierarhiei, din cauza supraspecializării tehnice. El nu mai poate trăi vleața de familie, nu-și poate educa copiii. Marile bucurii ale vieții omenești îi sunt reduse. S'a ajuns la limitarea și ușurarea muncii prin mașină, urmărind între altele, a se da libertate lucrătorului să se ocupe de obligațiile lui intelectuale și spirituale, libertatea de a simți bucuriile cele mai înalte rezervate spiței omenești: apropierea de arte și de științe. Instituțiile „Dopolavoro”, „Kraft durch Freude” și „Muncă și Lumină”, ar fi tocmai instituțiile care ar repara lacuna din vleața muncitorului, expresia unei reforme de ultimă oră.

De sigur că reformele nu se vor opri aci. An de an ele se multiplică și se diversifică, demonstrând, că nu s'a ajuns încă la idealul socialist: „Socialiștii vor să canalizeze cursul umanității astfel ca pe valurile generațiilor ei, să poată apărea și să înainteze corăbiiile liniștite, purtând idealurile de realizat ale aspirațiilor noastre și îndreptate spre portul îndepărtat al destinului omenesc” (*Drăghicescu*).

Deci mai sunt necesare eforturile pentru a coordona, a raționaliza și a dirija activitatea socială, spre ținte precise de care sunt legate aspirațiunile cele mai generale și mai profund omenești.

O regenerare interloară totală, o reconstrucție a spiritului întreg al fiecăruia, e unica cale spre a putea distinge valorile sociale, ierarhizarea lor spre conservare și continuitate. Ele reprezintă pârghiile și directivele totodată ale echilibrului social.

Valorile sociale au, pe lângă caracterul lor de instabilitate și unul de perenitate. Așa cum ni le arată istoria socială ele sunt: egalitate, justiție absolută, solidaritate prin cooperare, securitate. Ele se pot structura în jurul unei idei coordonatoare, unei viziuni politice ideale: socializarea. În esența acestui ideal înmugurește reacția spiritului omenesc, care în contact cu viața materială, cu greutatea, cu asprimea și insuficiențele vieții sociale, a oamenilor și a lucrurilor, a dorit înălturarea lor, urmărind echilibrul general, armonia generală prin stabilizarea valorilor sociale.

Reliefarea acestor valori rezultă din concepțiunea clară asupra vieții, fie văzute în abstract, fie în concret. Tensiunile multidimensionale și multilaterale ale vieții implică o definiție a ei drept un sistem de trebuințe, satisfacere, nevoi și împlinirea lor. Acest sistem, care în natură este pe deplin echilibrat prin orânduirile supraomenești, în lumea umană el este într'un permanent dezechilibru: cresc trebuințele, se limitează pentru cea mai mare parte a lumii posibilitățile de satisfacere a lor. De aci izvorăște sentimentul inegalității ce reclamă o dreaptă satisfacere a trebuințelor materiale și spirituale ale omului. Omul nu trebuie ținut departe de toate bunurile pe care civilizația și cultura le-a revărsat asupra întregii omeniri, la care a contribuit în mic sau în mare fiecare membru al ei, în cercurile largi sau strâmte ale fiecăruia. Fără om, — creier, brațe și mașină, nu ar fi nici civilizație, nici cultură, nici aspirațiunile idealiste. Totul rezultă dintr-o strânsă cooperare, prin munca colectivă a tuturor. Cum fiecare om are obligația de a munci, tot așa urmează să i se recunoască și dreptul de a beneficia de roadele muncii lui și a celei colective: e punctul de plecare al necesității echilibrului de drepturi și obligațiuni. Dacă munca este obligatorie pentru toți, ea trebuie să se desfășoare în condițiuni corespunzătoare capacității de muncă. Asta implică ameliorarea morală și materială a celor mulți, înlăturarea definitivă a „lumei întoarsă pe dos” a lui Saint-Simon. Nu folos exagerat pentru cel inutil, care își omoară timpul numai consumând, ci și pentru muncitorul care se extenuază de dragul unei furii concuratoare a capitalurilor.

Ideea de echilibru vital duce și la aceea de justiție absolută, de dreptate socială. Drepturile și obligațiile erau ierarhizate arbitrar de puterile conducătoare. Ele le-au impus celor mulți supuși disciplinei conducătoare. Voința de determinare și de afirmare a colectivității, ca emanațiune naturală va fi chemată a fixa scara valorilor de drepturi. Dreptul și obligația în gândirea solidară nu va traduce în fond, decât constrângerea

generală și principală în jurul materialismului: aceleași restricțiuni și aceleași libertăți juridice, morale, politice și sociale. Un corolar direct al adevăratei justiții sociale este și nivelarea sau desființarea conceptului de clase sociale. Cu un respect profund pentru om, pentru semenul nostru, nu se va mai putea vorbi de clase inferioare și superioare. În ambele găsim indivizi inferiori și superiori. Așa cum gândim sintetic și corelaționist în biologie, tot așa vom gândi și în marea unitate biosocială. Ea este o masă gregară nediferențiată material; ea constituie un potențial energetic și dinamic, asigurat prin munca tuturor, a celor virtuosi și nevirtuoși. Cu toți muncim și folosim munca tuturor binelui comun. Toți suntem necesari, pe orice treaptă a valorilor ne aflăm, intelectual sau manual. Ierarhia socială e în funcție de cantitatea și calitatea muncii, a cărei roade satisfac în măsură mai mare și mai în bine nevoile colectivității. Astfel orice muncă își are valoarea și noblețea ei. Această idee aplicată în medicină sau în general în știință, va ilustra cu prisosință realitatea ei. Astăzi medicina nu ar fi la gradul ei de dezvoltare dacă ideile mari și generoase elaborate de inteligența sau înțuița savanților nu ar fi avut cooperarea tehnicii: tehnica și munca din industria aparatelor medicale, tehnica și munca din industria medico-farmaceutică, tehnica și munca din tipografie, a fabricilor de hârtie, a minierilor, a librarilor etc. până chiar a fabricilor de materii prime. Ideea ar fi rămas idee spusă sau scrisă, dar ea nu ar fi reușit, prin propriile ei mijloace, să se transforme în instrument, metodă, în mijloc de înfăptuire spre a se putea difuza lumii întregi spre binele ei. Și aci nu a cooperat numai energiile multiple și variate ale unei națiuni, ci ale tuturor: medicina de azi e opera ideologică și pragmatică a tuturor popoarelor, a tuturor categoriilor de muncitori intelectuali și manuali, a generațiilor trecute și prezente. Plecând de la această realitate, constatăm valoarea justă a fiecăruia înlănțuită în organismul social unitar și obligația de a gândi solidar. Iată motivele pentru care se impune acea transformare profundă a întregii noastre structuri sufletești: în locul cultivării eului-de-sine, cultivarea eului-social. Îndepărtarea de noi și apropierea de semenul nostru, de colaboratorul nostru indispensabil satisfacerii trebuințelor noastre elementare. O astfel de transformare impune sacrificiu, așa cum se întâmplă la toate viațuitoarele în largul naturii. Din ceea ce renunțăm din noi, o dăruim semenului. Dar nu după regula marelui și a filantropiei, ci prin ridicarea și înălțarea celui de jos spre noi, în condiții mai umane. Perceptul biblic creștin să constituie călăuză noastră de totdeauna: fă așa cum dorești să ți se facă ție, comportă-te față de alții cum dorești ca ceilalți să se comporte cu tine: cu dragoste, înțelegere, bunăvoință și bunățate. Sunt elementele generatoare ale unui alt deziderat milenar: altruismul. Cu sprijinul va-

lorilor enumerate ne apropiem de echilibrul social, spre care a năzuit omenirea neostoit. În acest echilibru omul își dispută libertatea sa interioară. E libertatea apartinătoare trebuințelor sale naturale: să gândească și să aspire spre tot ce aparține omenirii. Gândirea și creațiile ei sunt de esență umană. Ei trebuie să-l asigurăm înfinitele libertăți, care duc spre ascensiune și progres. Cu o singură condiție: libertatea individuală nu se va îndrepta contra colectivității. Colectivitatea rămâne în cadrele naturale de cooperare, restrânse doar la exterior prin echilibrul productivității și a dreptei distribuiri a bunurilor. Un atare principiu lasă să se întrevadă că, de îndată ce munca individuală este instaurată în serviciul productivității sociale, omul nu va mai fi folosit contra omului, capitalul și rentabilitatea lui devenind instrumente ale omului pentru omul-social și nu contra lui. Inevitabil și în mod liber se ajunge la un adevărat drept obligativ de participare a tuturor la progresul producției și la dreptul participării la avantajele consumului, asigurând ideea lui A. Smith: *fiecăruia după capacitatea de muncă, fiecăruia după nevoi*. Sunt singurele granițe ale restricțiunii naturale pentru soluționarea fericită a echilibrului economic producție-distribuție-consum.

Pe aceste coordonante ideologice, se va țese gândirea socială a fiecărui individ. Ea este ontologică, privind ființa în totalitatea ei, dar este totodată ecologică, considerând toți factorii de mediu în care ființa noastră totală trăiește și de unde ea își soarbe seva energiei de viață. Gândim prin urmare corelaționist în interiorul colectivității naționale solidarizate și apoi în largul marelui colectivității a lumii. Nu ne oprim aici. Omul trăiește prin contribuția statornică a lumii animate și neanimate, prin acei factori energetici ai naturii, acea lume imensă de materii și forțe a universului. Omul are nevoie de viziunea universală, de acel „Weltanschauung”, frizat de romantismul secolelor trecute. Cu o atare concepție stratificată, dela unitatea-om până la marea unitate-univers, omul-social va vedea peste el, se va depăși, va privi prin prizma viitorului, va lucra și gândi preventiv. Privind în viitor el își construiește o viziune a absolutului, a desăvârșirii, a nedepășibilului, spre care trebuie să aspire umanitatea. „Trecând prin labirintul generațiilor viitoare omenești — spune Drăghicescu — idealul suprem al umanității trebuie să fie vizibil ca un fir roșu care servește ca îndrumător al rațiunii: el va fi totodată imaginea vie a ultimei perfecțiuni pe care ar putea-o atinge umanitatea”. Și această ultimă perfecțiune o întrevădem în umanismul integral, faza ultimă a procesului de socializare a lumii.

În momentul de față însă unii conducători ai popoarelor, „ultimă perfecțiune” o văd încă într-o singură instituțiune: „Asigurările sociale”. Țări totalitare sau democrate nu oferă decât o singură soluție spinoasei

chestiunii sociale: dreptul asigurativ. Marea Britanie este pe punctul de a institui asigurări sociale obligatorii pentru toată țara. Spre ea par a fi îndreptate pentru moment nădejdiile de armonizare și echilibrare ale aspirațiilor sociale-muncitorești.

Principiile asigurărilor sociale

Plecând dela asigurările private, s'a ajuns la sfârșitul secolului trecut la o extindere a asigurărilor sociale obligatorii și facultative. Tratatul războiului trecut, între alte obligațiuni, au impus tuturor statelor asigurări obligatorii pentru multe din categoriile muncitorești. Azi trăim epoca de înflorire și de perfecționare a acestor instituțiuni, aplicate în marea majoritate a statelor. Tendința este de a cuprinde nu numai pe muncitorii urbani industriali, comerciali, pe muncitorii agricoli, ci și pe cei intelectuali, chiar toată Națiunea. Sunt ultimile proiecte sociale asupra cărora ne vom opri.

Experiența de aproape jumătate de veac de asigurări sociale aplicate pe o scară întinsă, a prilejuit studii și cercetări multiple. Lucrurile sunt atât de înaintate, încât s'a ajuns la o disciplină nouă, „Știința asigurărilor sociale”, ramă fundamentală al științelor administrative. La Köln, pe lângă facultatea de științe administrative și de asigurări sociale, s'a inaugurat în anul 1940 primul „Institut pentru Știința Asigurărilor”, condus de profesorul W. Rohrbeck. Institutul funcționează cu patru secțiuni:

- I. Știința și administrațiunea asigurărilor.
- II. Dreptul asigurativ.
- III. Matematica asigurărilor (statistica).
- IV. Medicina asigurărilor sociale.

Iată una din organizațiile sintetice care ar trebui să constituie model pentru toate țările. În loc de improvizatii, studii și documentări pentru realizarea adevăratelor misiuni a acestor instituțiuni. Regretăm că nu am reușit să cunoaștem până acum organizarea acestor instituțiuni în marea noastră vecină și aliată, Rusia Sovietică.

Care este principiul fundamental al asigurărilor? El se întemeiază pe un contract obligator juridic între asigurat și asigurător, cu obligația ca primul să presteze munca la care s'a angajat, iar celălalt să-l asigure puterea de muncă și de câștig, fle prevenind prejudiciile riscurilor ce amenință capacitatea sa lucrativă, fle despăgubind prejudiciul suferit, în așa măsură ca existența lui și a familiei să nu fle amenințată. La asigurare participă alături de asigurător-patron și Stat — însuși asigurătorul.

Politica muncitorească găsește în asigurările sociale o metodă de guvernământ, o idee de gospodărie umană. Asigurarea ordinii și a echilibrului social pretinde în primul loc asigurarea existenței muncitorului. Nesiguranta în care se afla la începutul acestui secol, teama de șomaj, accident, boală, au dat loc la multe frământări.

Pătura muncitorească era cea mai instabilă, negăsindu-și încă un stil de viață statornic. Gospodăria poporului, în special gospodăria exploatărilor muncitorești au impus fixarea unei reguli de bază: garantarea unei siguranțe, sprijin sub toate raporturile puterii și capacității de muncă. Știința asigurărilor este pe de o parte studiul *pericolelor* ce amenință pe muncitor, iar pe de altă parte studiul *prevenirii* și a *despăgubirii* prejudiciilor.

Prevenirea și despăgubirea prejudiciului este fundamental pragmatic al asigurărilor sociale. Noile codificări asigurative și-au luat drept principiu de bază teoria *riscului profesional*. Muncitorul neputându-se echilibra, prin propriile lui mijloace, ca victimă a riscului profesional, politica socială prin asigurări garantează lucrătorului urmările riscului, care pot nimici sau micșora puterea lucrativă. Ea tutează în același timp sănătatea și posibilitățile de subsistență ale claselor sărace.

Reparațiunea prejudiciului suferit nu este o reparație egală, integrală, ci un substitut al fracțiunii de câștig, socotit ca pierdut. Ea nu corespunde niciodată pierderii efectiv suferite, ci este totdeauna inferioară.

Odată cu reparațiunea, asigurarea socială face și operă de prevenție și de terapie a invalidității. Asigurările sociale fiind să fie, sunt deja pe alocurea, o tuteală permanentă a muncitorului pentru toată viața sa, luându-și garanții pentru toate riscurile ce amenință viața asiguratului și a familiei acestuia.

După „Carta del Lavoro” riscurile se pot grupa în profesionale și neprofesionale. În primul grup intră accidentele agricole, industriale și bolile profesionale. În al doilea grup aparțin întreruperile dela muncă legate de viața privată: nupțialitatea și natalitatea, invaliditatea, bătrânețea, moartea, tuberculoza, șomajul, boala.

În starea prezentă și în măsura în care putem cunoaște, asigurările sociale în țările totalitare au ajuns la un grad de dezvoltare mare. Se pare însă că instituția poate fi încă perfecționată în toate ramurile ei, așa cum foarte probabil s'a întâmplat în regimul socialist-sovietic.

Se tinde ca în locul asistenței sociale, care a dus la un control vexatoriu și la un birocratism ros de multe curențe, a se instaura principiul *securității* sociale. Ape-lând la binefacerile medicinei și a culturii, se va realiza în fond o vastă securitate vitală.

Majoritatea țărilor oferă noi proiecte. Imitând Noua-Zeelandă, Anglia prin vestitul plan Beveridge, a stârnit multe discuții în jurul lui. Deși prin acest plan asigurarea socială voia să însemne altceva decât o simplă asistență socială, că prin el se încerca o armonizare a principiului de libertate individuală cu acela de solidaritate colectivă, în fine se urmărea construirea unui cadru de totală egalitate judiciară între asigurați, el nu a fost acceptat decât în ultimul moment. Cauza pare a

se datori faptului că cuantumul cotizației nu ținea seama de venitul asiguratului. În proiectul securității sociale din Anglia s'au adoptat principii mai largi. Fiecare muncitor e socotit factor social și ca atare statul obligă pe toți cetățenii săi să participe la instituția securității. Invalidul prin accidentul de muncă este asimilat invalidului de război și despăgubit ca atare.

Încercările nu s'au oprit aici. Aflăm că și America și Elveția și-au întocmit noi reforme ale asigurărilor sociale.

Dacă asigurarea socială este ideea politică ideală pentru realizarea echilibrului și a prevederii sociale, instrumentul de realizare al acestui ideal se împarte între economic și medical.

Medicina, prin ramura ei curativă și preventivă, va fi chemată să asigure în cea mai mare parte funcționarea asigurărilor. Dacă vom cerceta raporturile dintre administrațiunea și medicina din asigurări, vom constata că colaborarea nu este din cele mai fericite. Războiul armat a suspendat pentru moment războiul din interior. Neajunsurile se pot rezuma în următoarele două: 1. Asigurările sociale au dus la etatizarea medicilor și a bolnavilor. 2. Ele au scoborât prestigiul științific al medicinei prin standardizarea terapiei și a sarcinilor prea mari pentru medic față de numărul mare al bolnavilor asigurați și prestigiul moral și material al medicului, obligându-l a face o medicină pe baze de calcule matematice, salvagardând interesele bănești ale asigurărilor, iar nu cele de sănătate ale asiguratului.

Criticele aduse în Germania și Franța asigurărilor pot fi inventariate precum urmează:

— Medicul este mai mult expert decât medic curant, fiind obligat să verifice orice declarație de boală pentru a descoperi pe simulanți;

— Pretențiile asiguraților asupra ajutoarelor de boală, internare, în spital, tratament balneo-climatic sunt examinate și în mod obiectiv aprobate de medic;

— Medicul fiind constrâns a prescrie numai medicamentele prevăzute în indexul caselor de asigurare, terapia se rezumă la o „medicalizare” a maselor de asigurați;

— Medicul este de asemenea constrâns a prescrie aceeași medicație oricărui bolnav, neputând ține seama de etatea, sexul sau constituția bolnavului. Bolnavul este depersonalizat și deoblectizat. S'a ajuns prin acest sistem la o *standardizare* a boalei, bolnavului și a prescripțiilor medicale.

— Valoarea muncii medicale a scăzut simțitor, medicul fiind obligat a vizita și consulta la domiciliu sau la ambulatoriul Casei, zeci de bolnavi într'un timp foarte scurt.

— O consecință imediată a fost creșterea limitelor nesiguranței în erorile de diagnostic și inevitabil în cele de tratament. Cel din urmă devenea tot mai aleatoriu, medicul prescriind un ceală anodin sau trecea cu ușu-

rință peste bolnavii așa zisi „inofensivi”, din cauza numărului lor prea mare.

— În camera de consultații numărul celor ce cereau consultul fiind prea mare, se strecurau și simulanții (acei ce câștigau mai mult prin ajutorul de boală). Simulanțimea nu se poate descoperi decât printr-o lungă observație de spital.

— Profesiunea medicală a suferit, afară de ruperea solidarității, și numeroase jigniri: s'au înființat „medici controlori”, „medici șefi” și „medici de încredere”, chemați a controla latura economică a tratamentului medical. Efectul s'a cristallizat în desbinarea profundă între medici și umilirea activității medicale. Activitatea științifică a fost restrânsă, odată cu aceea profesională: în asigurări se face o medicină birocratică, neștiințifică, jignitoare pentru medic; inutilă sau chiar periculoasă pentru bolnav. Controlul nu urmărește decât „costul” tratamentului, a ajutorului de boală, a spitalizării, a onorariului medical, iar nicidecum dacă toate acestea au fost bine sau nu aplicate. Nu se urmărește vindecarea, ci stângerea simptomelor, ușurarea trecătoare a suferinții.

— Birocratizarea medicinei nu aruncă numai în spatele profesiei medicale „riscul economic” al asigurărilor, ci chiar și riscul moral al unei legi insuficient pregătite și defectuos aplicate. În același timp ea a forțat pe medic să accepte și să la atitudine contra dezvoltării medicinei și libertății științifice medicale. Cu drept cuvânt se afirmă că în asigurările sociale germane se practică o medicină în stil egiptean, de acum câteva milenii, după cărți hermetice. Neacceptarea situației echivala cu izgonirea medicului. Pe baza punctelor de vedere „economice” medicul putea fi amendat și nimicit în existența lui materială. În locul unei politici profesionale se face o politică pur economică, medicul găsiindu-se permanent în suspiciune morală.

„Birocratizarea profesiei medicale — încheie *Finkenrath* — nu poate fi și nu trebuie să meargă așa de departe, ca să nimicească responsabilitatea, plăcerea și dragostea de profesie. Asta duce neîngăduit la o concepție materialistă a profesiei cu toate desavantajele ei.”

În Franța, *Duhamel* ridică critici asemănătoare. Dar el trăiește încă apogeul medicinei individualiste susținută atât de puternic de sindicalismul medical. Latura socială a profesiei este invizibilă. Să trecem cuvântul marelui literat:

— Tot ce lezează medicina în libertatea sa, în judecata sa și chiar în prestigiul său, aduce prejudicii bolnavului. Este adevărat că în asigurări toate aceste libertăți sunt amputate.

— Funcționarizarea duce treptat la birocratizare. Medicul care are misiunea să se consacre operelor de umanitate, se găsește absorbit de redactarea rapoartelor,

fișelor și a nenumeratelor papetării, ce cresc zilnic. E vorba de acele acte, din ce în ce mai complicate, greu de înțeles chiar pentru oamenii de cultură medie.

— Etatismul răstoarnă și nimicește *idealul spiritual* al medicinei, care formează resortul ei principal.

— Individul înspăimântat de greutatea etatismului ce-l doboară, se întoarce spre Stat, această persoană irresponsabilă, în speranța înșelătoare de a se ușura de unele responsabilități, care formează esența însăși a suveranității individuale. Aci este vorba de sigur, de statul democratic, care și-a asumat toată fericirea poporului și care se pune la adăpostul imunității politice.

— Medicul descurajat de aventurile proprii și ale clientului său, s'a încovolat mai întâi și mai apoi s'a obișnuit cu servitudinile funcționarismului. Prin retribuții suficiente s'a acomodat, renunțând în același timp la o fracțiune a responsabilității, ce s'a estompat în penumbra anonimatului, condiție ordinară a funcționarismului. Treptat ea va dispărea.

— Al treilea plătitor a compromis intimitatea bolnavului și a medicului, introducând în universul suferinței și al carității multe considerațiuni matematice ineficace și turburătoare, deschizând și mai larg ușa metodelor și artificilor de procedură, complicând nevoile birocratice ale bolnavului, rănind profund profesiunea medicală în demnitatea ei, subliniind și exagerând analogia ce-ar putea ea s'o prezinte — ca orice altă profesie — cu simplu comerț, al cărui obiect n'ar fi viața și suferința umană.

— Etatismul generalizează sistemul concursului funest pentru profesie, al cărui principal oficiu se reazimă pe încredere, simpatie, liberă alegere.

— Numirea medicului funcționar depinde de o societate, de un mic consiliu de direcție sau chiar de un singur om, de favoritism. Dispreț pentru meritele personale, pentru aspirațiile și chiar necesitățile publice, insultă bunului simț și justiției, nemulțumire generală.

— Dacă favoritismul deschis este odios, dacă metoda electorală este oarbă și aleatorie, recrutarea prin concurs, care pare rațională dela prima vedere, este deja cunoscută prin experiență. Medicina contemporană suferă grav din cauza concursurilor. S'a spus tot despre această chestiune, asupra deformării pe care concursurile le impun spiritului, asupra caracterului de hazard al rezultatului lor, asupra procedurilor și scandalurilor pe care ele le provoacă foarte adesea, asupra frosneli timpului, a forței, a inteligenței și a voinței ce cer. S'a arătat că metoda este oarbă, capricioasă, brutală, ori că ea lasă ușa deschisă favoritismului, acestei strategii speciale, care nu trece fără amărăciune, fără înjosire pentru candidați.

— Agenții asigurărilor sociale, care nu iau de loc parte la suferințele bolnavilor și la oboseala medicilor, apreciază și tarifează. Ei aplică metode aritmetice la

fenomene nemăsurabile. De aci s'a ajuns la o industrie de târguie, samsarlăcuri și compromisuri din care medicina a ieșit micșorată.

— Dela o medicină activă, progresistă, cu forțe propagatoare, am ajuns la o medicină pasivă, regresivă cu forțe frenatorii.

Duhamel își încheie pledoaria sa pentru o medicină individualistă: „Exercițiul medicinei se reazimă pe o *ideologie morală* care se numește în mare *conștiință*. Ori, conștiința este individuală. Colectivitățile administrative nu cunosc nimic comparabil cu această conștiință individuală. Medicina are misiunea să asiste omul în actele esențiale ale vieții, în actele în care, cu toate că fiecare om e solitar și în mod forțat individual, în naștere, suferință și moarte, medicina trebuie să rămână unul din aceste colțșoare ale individualismului în pericol.”

De sigur că nu suntem de acord cu tema susținută de colegul francez. Franța a arătat urmările acestui individualism. Fiecare om văzându-și de interesele sale private, uită că aparține unei comunități de viață și de destin, se înalță și se prăbușește odată cu ea. Exemplul Franței este peste orice așteptare grăitor pentru lungă vreme. Omul-individ este obligat a se dubla cu individul-social și atunci garanțiile conștiinței vor găsi optumul de realizare.

Socializarea medicinei

Medicina nu s'a ocupat de problemele sociale decât în ultima vreme. Urmărind evoluția ei, istoriograful au arătat că acea medicină a fost mai bună care s'a modelat mai adânc ideilor călăuzitoare ale mulțimii.

Socialul a înrăurit necontentul conținutul și directivele medicinei; i-a mărit câmpul de activitate, i-a directivat țelurile. Supusă intereselor colectivului, instrument al prerogativelor politicii, medicina a fost științific prejudiciată. Chiar și moral și ideologic. La dispoziția păturilor conducătoare din trecut, medicina își reclamă azi un post de comandă în gospodăria omenescă. Motivele sunt numeroase.

„Medicul în societate — afirmă Freyer — este conceput ca o necesitate, ca un factor, poate chiar ca un organ al vieții sociale. Atitudinea și existența medicală sunt de importanță suprasocială. În ierarhia valorilor profesionale, medicina e socotită, de unii sociologi, deasupra celorlalte. În această ierarhie medicina nu a fost de la început o instituție a societății, ca dreptul și politica. Ea e o „dela-sine-înțelegere” ce rezultă din natura ființei omenești. Medicina a fost și rămâne în domeniul raporturilor omenești, care poartă în ele norma, conținutul și substratul însuși al acțiunii medicale. Raportul eu-tu e prezent și de neînălțat în timpul tratamentului. Sunt acei doi oameni care se întâlnesc în schimbul nevoiei și al ajutorului, slăbiciunii și a puterii,

suferinței și a științei. Această întâlnire, evident omenescă, e deasupra datorțiilor și drepturilor, poate fi absolută pentru ambele părți. Medicul cunoscător al vieții omenești intervine cu putere de acțiune în criza vieții și a destinului altuia și devine pentru tot acest răstimp, rațiunea bolnavului. Boala pacientului se continuă până și prin medic, mijlocindu-se prin el ca într'un proces dialectic”.

Aceste trăsături pregnante concretizează pe medicul liber-profesionist, individualist, contrar medicului socialist în devenire. Acesta din urmă e organul societății organizate, introdus în aparatul administrativ ca expert, în domeniile sănătății publice. El nu pătrunde în procesul boală-vindecare, ci are misiunea de a asana condițiile de viață, de a asigura prescripțiile obiective ale societății.

În existența modernă socializată și suprasocializată, boala privită din punct de vedere social, era o chestiune privată. Societatea s'a așezat cu nevoile ei interne în partida sănătății. Societatea europeană, clădită pe muncă și producție, nu avea în sistemul ei de valorificare nici un loc pentru suferință, boală și moarte. Boala pentru un membru al acestei societăți era un accident. Bolnavul era într-o oarecare măsură un necredincios și boala ținea deci de existența lui privată.

Așa au pierit zeii și chiar sute de mii de vieți.

Desvoltarea ordinii morale capitaliste a format noi straturi, dependente de solicitarea muncii și de condițiile piețelor muncitoare. Aceste straturi au impus asigurările sociale în care boala nu mai este socotită o „chestie privată”. Astfel acestel pături sociale i s'a garantat tratamentul medical, i s'a asigurat un drept la tratamentul medical și prin aceasta atitudinea medicului s'a transformat profund. Va fi constrânsă a se transforma încă.

Societatea își revendică relațiile cu medicul sub anumite norme. În aceste relații puterea superioară și rolul conducător indică pe medic în postul de reprezentant al Statului. Astăzi nu numai medicul igienist, ci și medicul curant, prin acțiunea lui de vindecare, demonstrează însușirea lui în ordinea de stat. Educator și plasmator de oameni, igienist și eugenist, medicul e om de stat. Acțiunea medicală spre vindecare și prevenire, cristalizează însuși fundamentul capacității ei politice. A vindeca nu înseamnă numai o restituție ad integrum, ci dobândirea altei stări, reimplantarea omului în vechiul său univers sau în altul. Medicul nu reprezintă numai rațiunea bolnavului, ci și pe acea a societății și a Statului.

Sănătatea, înseamnă pe plan preventiv, menținerea individului în ordinea producției sociale, pe plan curativ, reconducerea și reimplantarea muncitorului în câmpul muncii. Medicul prin însuși conținutul profe-

slunei sale, este omul de stat, care reprezintă ordinea, cerința și etosul statului prezent în domeniul sănătății creatoare.

De aici izvorăște ideea funcționarizării și a socializării profesiei medicale. Nu este o problemă numai de ordine juridică sau profesională, ci una de educație, de formare interioară și individuală și pe deasupra tuturor, pentru fiecare medic, o problemă morală. În locul eului-de sine dobândim un eu-social. Medicul se îndepărtează de interesele personale și se apropie de ale colectivului. În domeniul sănătății, ca misiunea al societății de a garanta dreptul la sănătate, medicul este singur în măsură a satisface cerințele ei. E monopolul lui. Educația socială a medicului transformă profund felul de a gândi și de a acționa. Este chemat prin educație, competență și capacitatea sa profesională de esență social-politică, să-și spună cuvântul în problemele sociale.

Medicina pășește, așa dar, în social. Ea va suferi netăgăduit procesul socializării. Dar ce înseamnă în fond socializare medicală?

Trei sunt caracteristicile socializării profesionale:

1. Munca se desfășoară pentru societate și nu pentru interese personale.

2. Ea satisface trebuințele comunității.

3. Ea se desfășoară în comunitatea de muncă.

Munca socială pierde caracterul liberei concurențe. Numărul medicilor se va limita la strictul necesar al societății și repartizarea lor se va face în conformitate cu interesele supreme ale comunității. Socializarea în ultima analiză nu se va traduce decât într-o medicină asigurativă a mijloacelor de conservare și de desăvârșire a izvoarelor de muncă și de producție ale omului, în comunitatea care îl asigură și lui însuși mijloacele de existență. Socializarea medicinei duce la o sociologie medicală. În locul asistenței sociale, o asigurare reciprocă a tuturor prin unul și același instrument: *munca*. Medicina asigurativă nu va avea în vedere producția, ci pe producător, prevenind risipa, irosirea de forțe, puteri, minți, vieți.

În mașinăria vieții sociale, medicina socială înțelege că tot ceea ce naștinea vrea să dobândească, se produce numai prin muncă și ea trebuie să se plaseze lângă producător, și nu în mormanele de bunuri. Munca trebuie organizată ca să fericească pe producători, ea constituie izvorul de forțe, oferă sentimentul securității. Securitatea și forța statului, a căminului, depind de aportul muncii. Munca nu este numai un drept la viață. Medicina trebuie să prescrie și căile de a se putea îndrăgi viața, de a trăi, lupta și munci pentru ea. Medicina individualistă, lipsită de o preocupare a valorii sociale a bolnavului, se transformă într-o medicină a muncii, în care valoarea socială a individului călăuzește întreaga activitate a medicinei.

Pentru a răspunde pe de o parte criticilor ce se ridică funcționării medicinei și practicei profesionale în asigurări, iar pe de altă parte pentru a vedea dacă medicina, în starea ei actuală poate corespunde și anume în ce măsură cerințelor idealurilor de viață nouă, este necesar de a încerca organizarea medicinei în jurul ideii de muncă. Într-o țară gospodărită de asigurări sociale, medicina asigurativă se va orândui în jurul unei idei centrale: *munca*. Munca va include în ea toate atributele de guvernământ. Pe plan juridic ea va însemna un drept și o obligație, căci nimeni nu va fi admis la beneficiu fără prestarea muncii sociale. Pe plan moral ea va echivala cu onoarea, căci numai acela care sprijină prin producția sa colectivitatea, se poate bucura de stima ei. Pe plan social ea constituie unicul etalon de măsură a valorilor, unicul criteriu și unitate în cadrul vieții comunitare. Pe plan economic munca echivalează cu producția. Capitalul-om nu poate fi comparat cu capitalul-mobilier sau imobilier. Pe plan politic munca nivelează nerezina seculară de echitate și justiție socială, ea transformând toată omenirea într-o imensă stupărie, unde fiecare va avea rolul lui, dreptul și datorita de a trăi. Numai prin muncă se poate asigura solidaritatea umană, fiind singura cale și metodă totodată a consolidării ideii de interdependență și corelațiune individuală a oricărui statut social, pe plan național sau în ordinea internațională.

Munca umană este în centrul preocupărilor și a interesului general. Ea a devenit azi un principiu, o doctrină, un stil, o formulă a unei vieți noi. E o știință, o artă, o politică.

Se poate considera filosofic, economic, fizico-fizologic-tehnologic, psihologic, sociologic, școlar-pedagogic, juridic, medical. Izvoarele și efectele ei prin producția cantitativă și calitativă, pot fi cercetate, măsurate.

Munca este o datorie și un drept. Ea e legea etică, economică și sociologică de prim ordin. E factorul determinant care îngăduie individului a se încadra cu drepturile și datoritiile lui în comunitatea de viață și de destin. Munca nu este numai o necesitate a cerințelor funcționale ale organismului individual, ci și ale organismului social. Nesatisfăcute, și într'un caz și în celălalt, apar fenomene degenerative. Munca reprezintă partea de contribuție a individului la opera de producție, ce satisface fieceșura trebuințele elementare ale vieții.

Sub formele ei de organizare și executare intelectuală, tehnică, manuală, munca constituie o „datorie socială” și sub acest titlu ea este ocrotită de stat (Carte del Lavoro). Ea este principiul economiei, baza ei de totdeauna.

Ea va fi o datorie a solidarității sociale, cauza și efectul ei totodată. Munca consumă toate potențialele forțelor energetice, le revărsă spre binele colectivității apoi ele se refac iar. E începutul și finalul existenței.



**NERVI LINIȘTIȚI
SOMN UȘOR**

ANALGINA

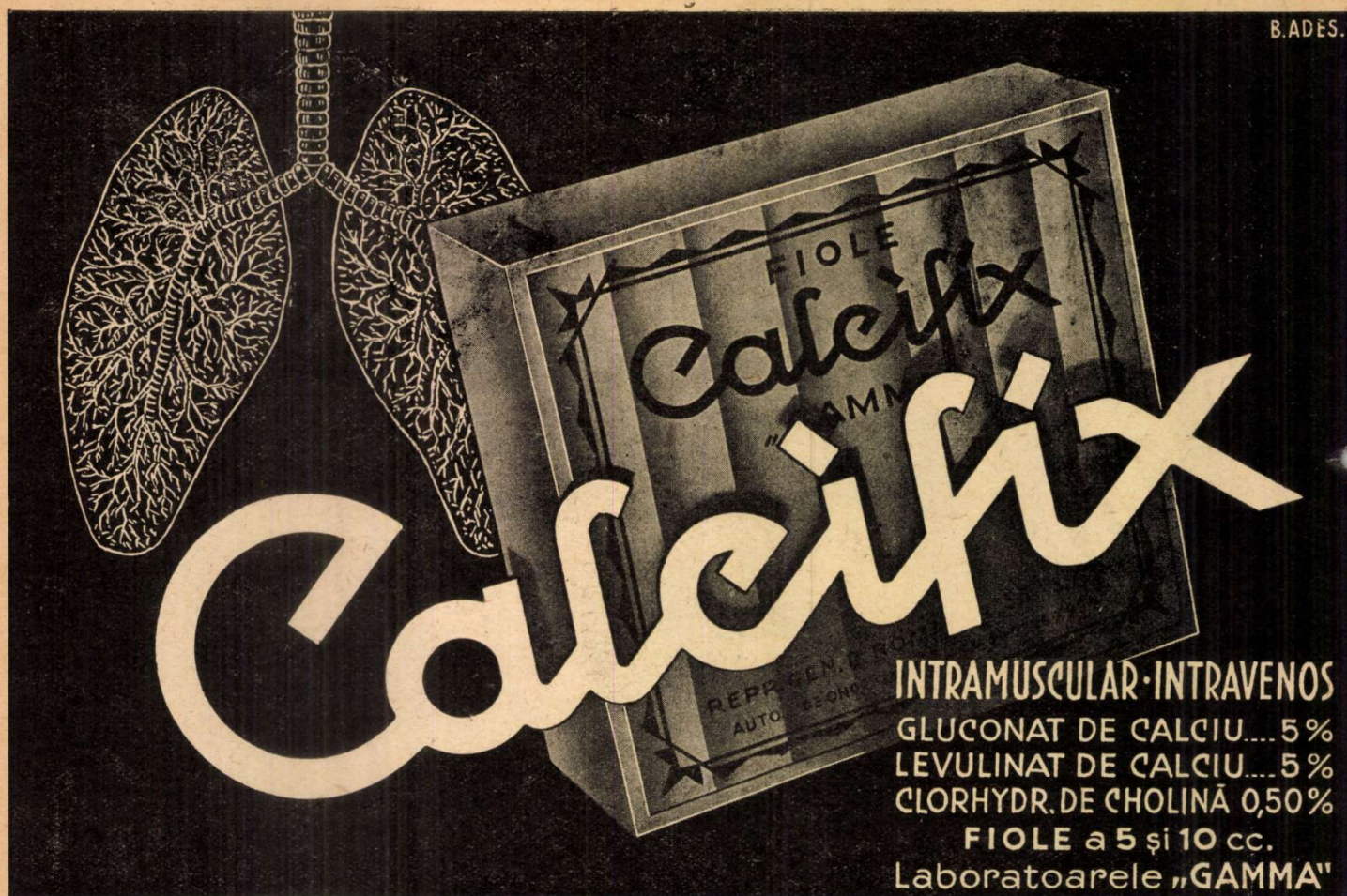
„GALENO”

Cel mai bun calmant Vegetal

PRODUSE FARMACEUTICE „GALENO”

Passiflora-Crataegus-Jusquiame-Natr. Dietylberbituric

B.ADES.



Calcifix

INTRAMUSCULAR · INTRAVENOS

GLUCONAT DE CALCIU... 5 %
LEVULINAT DE CALCIU... 5 %
CLORHYDR. DE CHOLINĂ 0,50 %

FIOLE a 5 și 10 cc.
Laboratoarele „GAMMA”

ULMARA „Gamma”

Frietiune lichidă

Antireumatic — Analgetic — Revulsiv



Antiartritic

Antireumatic



Anemoton
„GAMMA”

TONIC ȘI
RECONSTITUANT

ANEMIE
SURMENAJ
LIMFATISM

INDICATII:
— Anemie —
— Astenie —
— Insomnie —
— Imbecilitate —
— Neurastenie —
— Boala mui —
— Stăruire —
— Boala mui —
— Stăruire —
— Boala mui —
— Stăruire —

Modul de întrebuietare
ADULTI 2-4 lingurițe
COPII 1-2 lingurițe
LABORATOARE „GAMMA”

Reprezentanța pentru România: „S. I. F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

E însăși esența vieții. Identitatea între muncă și existență crează o nouă siguranță, o nouă stabilitate. E un element de plenitudine și de libertate pentru individ.

Dar munca nu este desfășurarea numai a unei activități. Ci expresiunea unei anumite existențe, care tinde să îndeplinească spațiul, timpul și dreptul ei. Munca în raport cu omul este o specie de viață, în raport cu eficacitatea e un principiu obligator; în raport cu forma ei e stilul propriu zis al fiecăruia. Ea determină însă, concepția de viață, definind individul și colectivitatea.

Știința muncii apără și pune în valoare, restaurează sub un control neadormit, energiile fizice și mintale. Amelorează obiceiurile și cuprinsul vieții, urmărind satisfacerea trebuințelor celor mai elementare.

Muncitorul este celula organismului social, care își soarbe izvoarele de viață prin muncă și producție. Munca reprezintă zestrea și capacitatea creatoare a fiecărui Națiune. E imperativul ei directiv.

Știința muncii, a asigurărilor sociale se completează și se susține reciproc cu arta și știința medicinei muncitorești.

Să încercăm deci construcția medicinei în jurul firului conducător al omeniei, în jurul acelui capital social-politic care va călăuzi lumea în cea de a doua jumătate a evului nostru, odată cu terminarea actualului război.

(Continuare în N-rul viitor.)

Articole științifice

Contribuțiuni la sindromul stazei duodenale¹⁾

de

I. Hatleganu, M. Hângănuș, V. Secărea.

Duodenul, ca *porțiune anatomică distinctă a tubului digestiv*, a fost prea puțin studiat din punct de vedere clinic și patologic. Abia în ultimul timp patologia sa a început să preocupe pe clinicieni pe o scară mai întinsă, contribuind la clarificarea unor sindroame digestive mai greu de interpretat.

În ultimile două decenii Clinica noastră a studiat fiziolo-patologia duodenului pe un număr important de bolnavi cu suferințe abdominale, contribuind în largă măsură la clarificarea unor tulburări dispeptice cu punctul de plecare la nivelul duodenului.

Rolul pe care îl poate juca duodenul în patologii este foarte ușor de înțeles, dacă ținem seama de situația sa anatomică în *raporturi intime cu toate organele din abdomen*, fie direct, fie prin sistemul circular — sanguin și limfatic — fie prin sistemul nervos vegetativ. De altă parte din punct de vedere fiziologic duodenul este locul de întâlnire a conținutului evacuat din stomac cu secrețiunea celor două mari glande digestive, ficat și pancreas. În afară de situația sa anatomică și de rolul său fiziologic, duodenul fiind un organ retroperitoneal — fixat, este supus tuturor modificărilor de tensiune abdominală sau de stază în circulația abdominală sau viscerală.

Duodenul are din punct de vedere clinic trei porțiuni: *porțiunea I bulbară, porțiunea II a descendentă, porțiunea III-a inferioară (ascendentă)*.

La cunoașterea suferințelor duodenale a contribuit cu deosebire *examenul radiologic și sondajul duodenal*.

Radioscopia, radiografiile în serie, examenul sucului duodenal, au lămurit o serie de tulburări și alterații dela nivelul duodenului.

Examinări minuțioase, care au dus la cunoașterea afecțiunilor duodenale au fost făcute de școala franceză — Duval, Roux, Béchère, — de școala americană — Wheelen și Higgins — și de școala română prin Th. Ionescu, Turcescu, Hatleganu, Hângănuș, Pavel. Observațiunile clinice ale autorilor români au adus o contribuție extrem de importantă în clasificarea suferințelor neulceroase ale duodenului.

Din punct de vedere fiziologic și în mod normal transitul prin cadrul duodenal se face în 6—15 secunde. Orice întârziere a transitului, orice încetinire și prelungire a stazării conținutului duodenal peste acest timp trebuie considerat ca patologic. Toți autorii sunt de acord că tulburările cele mai frecvente la nivelul duodenului, sunt *tulburările de transport*, care se manifestă cu deosebire prin tulburări de transit, mai adeseori întârzieri, cunoscute sub numirea de *stază duodenală*.

În general se vorbește de stază, dacă substanța opacă întârzie în duoden mai mult de 30 secunde. Când staza este de o durată de 10—15 minute, se vorbește de stenoză duodenală.

Stenozele duodenale survin mai rar și se observă prin compresia mecanică a porțiunii a III-a cauzată de rădăcina mezenterică sau de artera mezenterică superioară care formează împreună cu aorta un clește în care este prins duodenul.

¹⁾ (Text rezumat după monografia cu același titlu, Cartea Românească Cluj—Sibiu, 1944).

Staza duodenală este foarte frecventă, putând fi parțială sau totală. Staza parțială poate fi superioară, inferioară sau bipolară.

În mecanismul stazel duodenale joacă rol cu deosebire turburările de motilitate. Aceste turburări nu sunt pur hipokinetice, nici pur hiperkinetice, ci aproape în totdeauna sunt *diskinetice*, atonospasmodice.

Turburările diskinetice frecvente la nivelul tubului digestiv favorizează o întârziere a transitului și acest transit întârziat este în general bine tolerat. În duoden orice întârziere a transitului dă ocazie unei intoxicații.

Turburările diskinetice dela nivelul duodenului pot avea o cauză locală inflamatorie — duodenite, periduodenite, — pot avea o cauză generală în legătură cu un dezechilibru de înervare vegetativă, adeseori însă aceste turburări sunt cauzate de procese abdominale la distanță.

Atât turburările funcționale, cât și leziunile inflamatorii ale duodenului se manifestă prin *diskinetism*, care duce totdeauna la o stază duodenală.

În patogenia stazel duodenale pot avea rol factori funcționali de ordin peristaltic, prin turburări de înervare, factori mecanici mai ales de ordin de compresune (bride periduodenale, pedicul vasculo-mezenteric), factori reflexi inflamatori mai ales dela distanță (focare infecțioase abdominale) ori de vecinătate (ficat, pancreas).

Afecțiunile funcționale cele mai frecvente ale duodenului sunt prin urmare secundare, până când afecțiunile primare ale duodenului, duodenitele, sunt relativ rare.

Staza duodenală se prezintă mai adeseori ca o suferință secundară, datorită unor turburări în vecinătate și la distanță.

Observațiile noastre foarte numeroase și bine controlate prin examinări repetate, arată că procesele abdominale din vecinătatea duodenului și dela distanță provoacă prin turburări diskinetice o stază. Această stază după un anumit timp dă o inflamație a mucoasei duodenale, o duodenită, care din partea sa provoacă din nou turburări diskinetice. Astfel se instalează un cerc vicios, care duce la permanentizare, la *stabilitatea suferinței duodenale*.

Ori de câte ori există în abdomen un focar infecțios, duodenul reacționează prin turburări de motilitate, care duc la o stază duodenală, apoi la duodenită.

Staza duodenală odată instalată, are caracter tenace, cu manifestări periodice, prezentând *faze latente* și *faze manifeste*. Atât fazele de acalmie, cât și cele manifeste au o durată destul de lungă (2—3 luni).

Sindromul stazel duodenale se caracterizează prin simptome clinice, simptome generale, semne biologice și simptome radiologice.

Tabloul subiectiv este dominat de simptome dispeptice, ca greața, care de cele mai multeori este ma-

tinată, între orele 8—10, uneori între 11—12. Greața este de durată scurtă, rar se menține ca o stare de greață cu durată de mai multe ore sau ziua întreagă. Foarte rareori greața este urmată de vărsături.

Alt simptom frecvent este *sensația de plenitudine postalimentară*, care apare în cursul alimentației sau imediat postalimentar și nu dispăre decât în perioada de evacuare înaintată a stomacului.

Aceste două simptome, greața matinală și sensația de plenitudine postalimentară sunt semnele revelatoare, care ne atrag atenția asupra stazel duodenale.

Ca simptome mai puțin caracteristice amintim: *durerea*, care poate varia dela sensația de tensiune în regiunea epigastrică până la dureri foarte intense, adeseori *crize duodenale*, asemănătoare crizelor gastrice din tabes; apetitul capricios și în general diminuat; constipația intermitentă din când în când de debaculuri dureri provocate probabil de eliminarea sucului duodenal toxic, retenționat, spre intestinul subțire.

Acestor simptome li se adaugă *mici semne dispeptice* de suferință a ficatului și pancreasului (subicter, somnolență postprandială, astenie, etc.), *mici semne de hipoglicemie* și uneori simptome de *ușoară insuficiență a glandei suprarenale* (ipotensiune, astenie extremă).

Prin toate acestea, simptomul dispeptic al stazel duodenale (greață, plenitudine) primește un cadru special caracterizat prin suferința ficatului, pancreasului și glandei suprarenale.

Ca semne locale caracteristice întâlnim *sensibilitatea regiunii periombilicale drepte și stângi*, uneori și supraombilicale; sensibilitatea regiunii pancreatoduodenale, la masarea regiunii duodenale spre coloana vertebrală (semnul lui Cârstea). *La palpare avem sensația de „abdomen cadaveric“*, din cauza lipsei complete a gazelor și lichidelor din intestin, fenomen interpretat ca semn al ipotensiunii portale.

Simptomele generale datorite intoxicației duodenale sunt extrem de variate și multiple. În provocarea acestor simptome colaborează afară de toxicoza duodenală și suferința ficatului, pancreasului și a glandelor suprarenale.

Dintre *simptomele generale* amintim ca mai frecvente următoarele:

Starea subfebrilă 37—37,5° C, cu o stare de flori în orele de după masă. Anemie ușoară de 3—3,5 milioane, cu tendință de a evolua spre anemie gravă. Emacierea și ipotonicitatea generală a țesuturilor. Ipotensiunea aproape întotdeauna prezentă (10—7 Vaquez Laubry). Astenie fizică și psihică foarte accentuată, aproape până la neurastenie (neurastenie duodenală). Oligurie sub 600—800 cm³, cefalee adeseori cu caracter de migrenă, urticarie, edem Quincke, eczemă și insuficiența glandelor endocrine (ovar, suprarenale).

Semnele biologice survin mai ales în stazele duodenale mai accentuate și de mai lungă durată. Mai

frecvent se întâlnește augmentarea rezervelor alcaline, augmentarea azotului neproteic și a polipeptidelor, diminuarea clorului în sânge, augmentarea azotului în urină.

Sutul duodenal în staza duodenală este turbure, floconos, cu un depozit bogat, iar la microscop se pun în evidență leucocite, hematii, celule duodenale descuamate în placcarde. Prezența acestor elemente și a mucusului oglindesc inflamația dela nivelul mucoasei duodenale. Examenul bilei ne mai informează asupra stării căilor biliare extrahepatice și asupra funcției pancreasului și a căilor sale de eliminare. În toate cazurile de stază duodenală am constatat prezența tuturor fermentilor.

Semnele radiologice. Simptomele subiective ale bolnavului și fenomenele clinice ne dau tabloul suferinței dela nivelul duodenului; mijlocul de confirmare a stazei duodenale îl constituie însă examenul radiologic, prin care precizăm atât sediul la nivelul cărui se găsește staza, cât și durata în timp a stărnării la nivelul duodenului.

Cercetările noastre, urmărite timp de mai mulți ani, s'au ocupat de modificările suferite de duoden în afecțiunile ale abdomenului, cu repercusiune asupra acestor porțiuni de intestin. Pentru a caracteriza și a putea interpreta turburările funcționale ale duodenului, secundare suferinței altor organe abdominale, este necesară cunoașterea perfectă a leziunilor primitive duodenale și cunoașterea unei tehnici speciale de examinare. Deci mai întâi va trebui să excludem afecțiunile primitive ale duodenului, stenoze organice și funcționale a căror simptomatologie este asemănătoare stazei secundare.

În condițiuni normale cadrul duodenal nu dă o imagine de umple constantă, ci numai o umplere fugitivă, caracterizată prin imaginea bine cunoscută de foale de ferigă. Transitul prin cadrul duodenal se face în condițiuni normale în 6—10 secunde. Modificarea în timp a transitului prin cadru, în deosebi în sensul unei încetări, trebuie considerat ca și patologic. Pentru a observa încetărirea transitului este nevoie de o tehnică specială de examinare, mult mai prelungită decât se obișnuiește în mod curent. În tehnica noastră de examinare noi nu ne limităm la o examinare fugară de câteva minute, ci vedem bolnavul după 10—30—60—90 minute, uneori și la nevoie în poziții oblice, în decubit dorsal sau abdominal. În felul acesta ne documentăm mai exact asupra funcției stomacului și duodenului, observând în același timp și transitul în intestinul subțire.

Bulbul duodenal se umple sub impulsul peristaltismului gastric. Desfășurarea și umplerea lui se face treptat și apoi se evacuează fie deodată, complet, fie parțial, lăsând un mic reziduu de Barfu la baza lui. Trebuie să reținem faptul, că în mod normal bulbul nu rămâne umplut decât câteva clipe.

Cadrul sau potcoava duodenală variază ca formă, putând să ia aspectul de potcoavă, inelară, U sau V. Radiologii, în deosebi școala franceză, deosebesc următoarele porțiuni: genunchiul superior (D_1), porțiunea descendentă (D_2), cea transversală (D_3) și cea ascendentă (D_4). Cadrul duodenal este format dintr'un tub de calibru uniform, a cărui contur este dințat ca o foale de ferigă. În faza de contracțiune a duodenului întâlnim falduri mai largi, în stare de relaxare mai înguste, mai fine, până când în starea de atonie ele pot fi complet șterse (Strnad).

Transitul prin cadrul duodenal se face în condițiuni normale foarte rapid, fără să fie însoțit de mișcări peristaltice, decât rareori și superficiale. Mișcările caracteristice ale cadrului duodenal sunt mișcările de frământare care sunt datorite peristaltismului pendular, considerat de Catel ca și un antiperistaltism veritabil. Aceste mișcări de frământare le întâlnim și în condițiuni fiziologice, însă numai la nivelul genunchiului inferior, sunt transitorii, de intensitate foarte redusă și nu sunt acompaniate de distensunea segmentului duodenal.

Peristaltismul duodenal stă sub influența sistemului nervos vegetativ, astfel că starea acestuia va influența și peristaltismul duodenal (distonii vegetative). Dar peristaltismul și tonicitatea duodenului pot fi influențate în afară de starea sistemului nervos vegetativ și de multiple alte cauze intra și extra duodenale. Astfel de cauze sunt stări inflamatorii ale mucoasei duodenale sau alte stări inflamatorii ale organelor vecine sau mai îndepărtate, care influențează duodenul pe cale reflexă (reflexul viscero-visceral al lui v. Bergmann).

În afecțiunile duodenale urmărite de noi, modificările ce le-am întâlnit la nivelul duodenului sunt mai mult de ordin funcțional și se traduc în general sub forma unei staze fie la nivelul bulbului, fie în cadru. Staza poate fi acompaniată de mișcări de frământare, deci sindromul se aseamănă cu cel al stenozei duodenale (triada lui Gosset: stază, frământare, dilatație), cu deosebire în cazurile noastre distensunea este moderată sau lipsește complet. De asemenea nu am constatat și suferința stomacului, ce există totdeauna în stenozele duodenale organice.

În observațiunile noastre ne-am condus după următoarea schemă:

La nivelul bulbului duodenal am urmărit tonicitatea și comportarea evacuatorie, iar la nivelul cadrului duodenal am observat relieful mucoasei, tonicitatea, transitul, durata și felul peristaltismului, stabilind următoarele gradații:

1. Transit normal. 2. Transit încetinit. 3. Stază fără frământare. 4. Stază cu frământare. 5. Modificarea simultană atât la bulb cât și în cadru.

Rezultatul observațiilor noastre le putem formula astfel:

Cea mai constantă și evidentă constatare a fost alungirea duratei transitului duodenal, dela o simplă încetinire în transit până la stază pronunțată.

Alungirea transitului duodenal a fost foarte adeseori acompaniată de apariția unui peristaltism și antiperistaltism ce apare la ecran sub aspectul unei adevărate frământări, a cărei durată poate să fie chiar de 8—10 minute. Frământările se termină de obicei prin instalarea evacuării spre intestinul subțire. Rareori, în cazuri cu evoluție mai lungă și cu atonie pronunțată, am observat și staze mai exprimate la genunchiul inferior.

În anumite afecțiuni, mai ales în cele ale ficatului, staza interesează bulbul duodenal, imaginea de umplere persistând 4—6 minute. Aspectul stazei bulbare este cel cunoscut sub numirea de „Dauerbulbus” sau distensune ipotonică a francezilor.

În ceea ce privește tonicitatea, predomină în mod evident ipotonia (Duval-Roux-Béclère, nici nu admit spasm la nivelul cadrului) atât la nivelul bulbului cât și a cadrului duodenal.

Mucoasa mai ales cea a cadrului este aproape întotdeauna îngroșată. Relieful mucoasei este cel descris în duodenite, fără a putea preciza prin examen radiologic dacă avem de a face cu o duodenită primitivă sau cu una secundară, datorită stazei, simptomatologia radiologică fiind aceeași.

Tablou sinoptic

cuprinzând frecvența stazei duodenale în afecțiuni extraduodenale

AFECTIUNEA	Nr. cazurilor	Stază totală sau parțială	Fără stază	Procentajul stazei
Icter cataral	62	53	9	85,4%
Icter mecanic	50	36	14	72 %
Colecistită fără calculi	99	85	14	85,8%
Colecistită cu calculi	64	59	5	92,1%
Hepatite subacute	34	28	6	82,3%
Hepatite cronice	29	24	5	82,7%
Chist hidatic al ficatului	20	14	6	70 %
Cancer hepatic	20	16	4	80 %
Anomalii ale veziculei biliare	76	66	10	86,8%
Atonia vezicii biliare	25	20	5	80 %
Iposistolii Hepatice	34	28	6	82,3%
Afecțiuni ale pancreasului	15	12	3	80 %
Cistopielite	33	28	5	84,8%
Constipația dreaptă	38	31	7	81,5%
Colită dreaptă	32	26	6	81,2%
Apendicită	75	66	9	88 %
Adnexe	52	44	8	84,6%
Mezentero-epiploite	28	23	5	83,7%

AFECTIUNEA	Nr. cazurilor	Stază totală sau parțială	Fără stază	Procentajul stazei
Ficat operat	21	16	5	76,1%
Apendicectomii	27	22	5	81,4%
Intervenții pe org. gen. la femei	26	20	6	76,8%
Visceroptoze	46	40	6	86,9%
Tumori abdominale	44	35	9	79,5%
Sarcină	37	31	6	83,2%
Menstruație	45	31	14	68,8%
Distonii vegetative	35	26	9	74,2%
TOTAL	1067			

În total am examinat 1067 bolnavi cu diferite afecțiuni abdominale, dintre care 880 (82,5%) au prezentat stază în diferite porțiuni ale duodenului și de intensitate variabilă. În 187 (17,5%) cazuri nu am găsit stază duodenală.

Cazurile noastre au fost examinate în repetate rânduri, două-trei chiar de patru-cinci ori, în decursul evoluției bolii și chiar și după ameliorare și dispariția fenomenelor clinice. Unele cazuri au fost examinate și în stare normală, cum sunt cazurile de menstruație, când examinarea s'a făcut înainte, în timpul și la șapte zile după menstruație.

Tratamentul stazei duodenale. *Tratamentul etiopatologic.*

Staza duodenală fiind în majoritatea cazurilor secundară, vom da o deosebită importanță descoperirii focarului infecțios primitiv, care contribuie la dezvoltarea stazei. Vom trata procesul primitiv, (apendicită, pelvoperitonită, afecțiunile hepatice).

Tratamentul focarului primitiv va face ca elementul provocator să fie eliminat. Într-o stază duodenală de origine hepatică vom trata ficatul, într-o stază duodenală de origine genitală vom trata organele genitale.

Afară de tratamentul organului, — focar infecțios — se impune un tratament al procesului inflamator duodenal, a procesului inflamator extraduodenal și a intoxicației duodenale.

Se impune mai ales întreruperea cercului vicios și astfel oprirea procesului recidivant.

Inflamația duodenală și intoxicația duodenală se combat printr'un regim hepatic, eliminând mai ales grăsimile condimentele, sosurile etc. Administrăm în deosebi un regim bogat în hidrați de carbon și zahăr (mlere). În afară de regim administrăm un pansament: Bicarbonat de sodiu, fosfat de sodiu aa. gr. 20, Alucol și carbonat de bismut aa. gr. 60. În același timp administrăm un preparat de belladonna, care influențează favorabil tur-

burările diskinetice și procesul inflamator, uneori allergic, al mucoasei duodenale.

Ca medicament desinfectant se recomandă cărbune, etc. Îngrăsim în același timp reglementarea scaunului (oleu de parafină, Agarol, Normacol).

Acestul tratament putem să-l adăugăm în formele astenice preparate de glandă suprarenală, tot asemenea administrăm și preparate chologoge și coleretice. (Decholin, Degalol, Drenol, Agocholin), pentru a favoriza o scurgere mai bună a bilei. Dăm o deosebită importanță administrării de fermenți, săruri și vitamine, mai ales în cazurile când se constată lipsa lor.

Se pot încerca excitante a pneumogastricului, cum este Acetilcolina, Eserina, pentru a combate ipotensiunea arterială.

Ca tratament rezorbtiv al inflamației se recomandă raze ultraviolete pe întreg abdomenul, alternând cu raze ultrascurte aplicate atât pe regiunea abdomenului, cât și pe regiunea focarului infecțios. Fizioterapia combinată astfel dă rezultate foarte mulțumitoare.

Pe lângă un tratament bine condus timp de 6—8 săptămâni, se obțin rezultate mulțumitoare. Boala intră în faza latentă.

Tratamentul e bine să se repete de 2—3 ori pe an, la intervale de 2—3 luni. Numai după un tratament îndelungat (1—2 ani) reușim ca suferința să dispară complet, deși staza duodenală se poate menține încă mult timp sau poate rămâne chiar permanentă.

Concluziuni.

Cercetările noastre ne permit următoarele concluzii:

1. Duodenul este o parte distinctă a tubului digestiv.
2. Duodenul este în raport foarte intim cu toate organele abdominale.
3. Duodenul reacționează mai ales la suferințele ficatului și pancreasului, de asemenea la toate procesele inflamatorii ale abdomenului și la modificările statice abdominale.
4. Reacția la început este pur funcțională, motrică. În urma procesului inflamator al peretelui duodenal care determină și el turburările motrice, afecțiunea devine organică, formând un cerc vicios, care întretine staza duodenală în formă cronică.
5. Evoluția cronică se caracterizează prin aceea că este capricioasă și periodică. Această evoluție clinică este de altcum caracteristică pentru toate inflamațiile dela nivelul organelor cavitare. Procesul inflamator diskinetic al tubului digestiv, de asemenea și a tuturor conductelor organelor, au o periodicitate foarte caracteristică în stări de latență de lungă durată.
6. Staza duodenală este revelatoare de focar infecțios abdominal activ sau inactiv.

7. Sindromul stazel duodenale participă foarte adeseori în sindroamele dispeptice. Bănuim staza duodenală în toate dispepsiile, mai ales dacă sunt însoțite de grețuri și fenomene multiple nervoase.

8. Sindromul dispeptic al stazel duodenale este foarte complex.

Greața, plinitudinea postalimentară, abdomenul cadaveric, cu puncte perilombilicale sensibile, ne atrag atenția asupra probabilității acestui diagnostic.

9. Diagnosticul clinic de probabilitate devine diagnostic de certitudine prin examenul radioscopic și radiografic.

10. În diagnosticul și tratamentul tuturor dispepsiilor trebuie să dăm o deosebită atenție stazel duodenale.

11. În tratamentul stazel duodenale afară de regim, medicamente (pansament, antispasmodice) și fizioterapie, vom da o deosebită importanță evitării sau tratamentului focarului infecțios provocator.

12. Staza duodenală merită un loc important în patologia abdominală.

RESUMÉ

Considérations sur le syndrome de la stase duodénale

Dans la Clinique Médicale on a suivi pendant deux dizaines d'années les altérations siégeant au niveau du duodénum chez les malades atteints de troubles dyspeptiques et de diverses affections des organes abdominaux. Les examens répétés et consciencieux de 1067 malades ont contribué:

- à démontrer l'importance de la souffrance duodénale et à élucider sa symptomatologie.
- Nos recherches nous permettent de formuler les conclusions suivantes:
 1. Le duodénum est une partie distincte du tube digestif.
 2. Le duodénum présente des rapports très intimes avec tous les organes abdominaux.
 3. Le duodénum réagit surtout aux souffrances du foie et du pancréas, de même qu'à tous les processus inflammatoires de l'abdomen, ainsi qu'aux modifications de la statique abdominale.
 4. La réaction est, au début, purement fonctionnelle, intéressant la motilité de ce segment du tube digestif. A la suite du processus inflammatoire de la paroi duodénale qui entretient, pour son compte, des troubles de motilité, s'établit un cercle vicieux et l'affection devient organique, chronique.
 5. L'évolution chronique est caractérisée par son allure capricieuse et périodique. Cette évolution cyclique se rencontre dans toutes les inflammations des organes cavitaires. Le processus inflammatoire dyskinétique du tube digestif, ainsi que de tous les canaux des organes, présente une périodicité très caractéristique.
 6. La stase duodénale est révélatrice d'un foyer infectieux abdominal, actif ou inactif.
 7. Le syndrome de la stase duodénale est fréquemment associé aux états dyspeptiques. Nous supposons l'existence d'un syndrome duodenal chez tous les dyspeptiques accusant

des nausées et des phénomènes nerveux fonctionnels multiples.

8. *Le syndrome dyspeptique de la stase duodénale est très complexe.*

La nausée, la sensation de plénitude post-alimentaire, l'abdomen cadavérique, les points douloureux péri-ombili-caux, nous permettent un diagnostic de probabilité de la stase duodénale.

9. Le diagnostic clinique de probabilité, devient un diagnostic de certitude par l'examen radiologique.

10. Pour le diagnostic et le traitement de toutes les dyspepsies, il est nécessaire de faire un examen minutieux du duodénum.

11. *Le traitement de la stase duodénale, en dehors du régime, des médicaments, (pansements, anti-spasmodiques), de la physiothérapie, sera dirigé également contre le foyer infectieux ayant provoqué la stase.*

12. *La stase duodénale constitue un chapitre important de la pathologie abdominale.*

Un alt caz de mielită post-salvarsanică

de

Prof. Dr. C. I. Urechia și Dr. D. Duma

Intr'un număr precedent al acestei reviste (Nr. 7, 1944) am comunicat un caz de mielită în urma tratamentului cu neosalvarsan. Revenim acum cu un alt caz.

P. P., de 40 de ani, niclo tară nervoasă în antecedentele familiale. Niclo boală în copilărie. În 1925 a suferit de febră tifoidă. Nu abuzează de alcool și tutun.

În 1940 o infecțiune sifilitică, pentru care s'a tratat până la accidentul de care ne ocupăm.

La o zi dela terminarea ultimel serii de tratament l-a apărut brusc o cefalee însemnată, o stare generală rea și o temperatură de 40 grade. Această stare a durat 3 zile, iar a patra zi s'a produs o retenție de urină și în același timp o scădere a forței în membrele inferioare. În două zile paralizia a fost completă, așa că nu mai putea face niclo mișcare cu membrele inferioare. Bolnavul trebuia să fie sondat.

Adus la Clinică se constată: o escară superficială în regiunea trochanteriană stângă. Ultimele vertebre dorsale sunt ușor sensibile la percuție. Musculatura membrilor inferioare e flască.

Cordul normal; tensiunea arterială 11-8. Abdomenul ușor balonat. Constipat. Ficatul și splina în limitele normale.

Retenția urinară. Erechțiunile sunt dispărute.

Pupilele sunt mlotice și inegale, cu reacțiunile încetinite la lumină. Motilitatea oculară normală. Ușor nistagm transitor în privirea spre dreapta.

Reflexele osteo-tendinoase sunt foarte vii la membrele superioare; la membrele inferioare rotulanul, achilianul, medio-plantarul, sunt foarte diminuate. Reflexul medio-pubian se produce numai în componența lui abdominală. Reflexele cutanate abdominale sunt diminuate, mai cu seamă cel mijlociu și inferior, care sunt abia apreciable. Reflexul cremasterian e normal.

Reflexul contra-lateral al adductorilor se produce puternic. Semnul lui Babinski e pozitiv de ambele părți.

Bolnavul nu acuză turburări subiective de sensibilitate. La examenul obiectiv al sensibilității se constată turburări de tipul stringo-mielic. Simțul articular și muscular păstrat. Sensibilitatea vibratorie mult diminuată. Turburările de sensibilitate se ridică până la nivelul ombilicului.

Stațiunea în picioare și mersul sunt imposibile. Forța membrilor inferioare e enorm de slăbită și nu poate executa decât neînsemnate mișcări cu degetele. Mișcările pasive sunt libere; hipotonia musculară e însemnată.

Mișcările de apărare sunt vii și aceste reflexe se produc prin excitații până la nivelul abdominal.

Retenția de urină necesită sondajul.

Cu timpul, în decurs de două luni se produce o ușoară ameliorare, începând să apară însă în același timp simptomele spastice care apoi merg progresiv.

Starea sa apoi rămâne definitivă.

În puncțiunea lombară albuminoză, limfocitoză, reacțiunile coloidale, B. W. sunt negative.

Rezultă prin urmare că e vorba de un sifilitic care și-a făcut de îndată după infecție tratamentul în mod clasic și regulat. La sfârșitul unei serii cu neosalvarsan, apare în mod brusc o mielită transversă. Cum puncția e complet negativă, înseamnă că mielita e fără indolă datorită salvarsanului și nu luesului.

RESUMÉ

On relate un nouveau cas de myélite, survenue après une série d'injections avec neosalvarsan.

Meningită otică la un copil de un an și patru luni vindecată prin craniectomie timpano-mastoidiană și administrare de sulfamide

de

Iubu Mihai, Weindel Edda și Petculescu Eugenia

La sfârșitul lunii Iunie 1944 este adus de mama sa la Clinica O. R. L. din Cluj, provizoriu la Sibiu, copilul S. C. în vârstă de un an și patru luni, cu toate semnele clinice ale unei meningite de natură otică.

Iată observațiunea clinică a acestui mic pacient, tratat și vindecat în clinica noastră de această afecțiune gravă la o vârstă rar întâlnită în literatura ce o avem la dispoziție.

Observațiune clinică. — *Antecedente heredo-colaterale.* Mama copilului a mai avut două nașteri, copiii murind însă la câteva luni, primul de dizenterie, iar celalalt de o afecțiune pulmonară. Tatăl copilului la vârsta de 14 ani a avut meningită cerebro-spinală epidemică.

Antecedente personale. Nașterea copilului foarte grea. Până la declararea boalei actuale a fost perfect sănătos, cu excepția durerilor mari ce le-a prezentat la apariția dentiției.

Istoricul boalei actuale. Boala actuală a început brusc cu ascensiune febrilă de 39° ce a crescut apoi și s'a menținut la 40°. Copilul fiind dus repede la un medic într-o regiune cu pojar, i se pune acest diagnostic, indicându-i-se un tratament cu sulfamidă roșie (una tabletă prontosil zilnic).

Temperatura menținându-se ridicată, mama aleargă cu copilul la un alt medic, care nu afirmă diagnosticul de pojar și care-i descoperă o scurgere auriculară dreaptă. Bolnavul este tratat cu băi de apă oxigenată și sulfamide albe 0,5 gr. pe zi timp de trei săptămâni.

Temperatura continuă însă a se menține și nici scurgerea nu cedează. Tatăl copilului, care luptă ca ofițer pe frontul din Moldova, își anunță soția să se prezinte cu copilul unui specialist din Brașov.

Acesta îi instalează un tratament cu acid boric praf ce rămâne fără niciun rezultat.

Febra și scurgerea auriculară se mențin, iar starea generală este cât se poate de rea.

Sfătuită de câțiva cunoscuți, se prezintă cu copilul Clinicii noastre în ziua de 28 Iunie 1944.

Starea actuală. Înainte de a examina urechia, ne-am dat seama că avem în față o meningită, copilul prezentând o fotofobie foarte pronunțată, semn care ne-a atras atenția pentru a cerceta rigiditatea cefii. Aceasta este prezentă la încercările noastre de flexiune a capului. Ridicat pe mâini în poziție orizontală, observăm aceeași rigiditate puternică a cefii ca în poziția de opistotonus tetanic. Examenul otologic făcut imediat ne arată o otită supurată dreaptă cu reacțiune la presiunea mastoidei. I se pune diagnosticul de meningită otică și fără niciun fel de întârziere este trecut în sala de operație. Temperatura înregistrată la primirea în Clinică era de 39,5°.

Operația. În toate meningitele otice operația locală tipică este craniectomia timpano-mastoidiană recomandată de Clinica noastră din Cluj-Sibiu ca singura operație capabilă pentru ablația totală a focarului otic supurat în astfel de cazuri.

Ea nu realizează numai o descoperire largă a durei cerebrale și cerebeloase, dar ne asigură totodată de extirparea punctelor de

osteită inoculate ce se găsesc la nivelul corticalei osoase interne a regiunii auriculare.

Numele de craniectomie timpano-mastoidiană este foarte apropiat aceluia de evidare petro-mastoidiană, asociată cu descoperirea largă a durei cerebrale și cerebeloase.

Este însă un nume mai „sintetic” — cum spune Profesorul Buzoianu — care precizează perfect esența intervenției ce consistă din descoperirea largă a durei mater, elementul principal al operației în cazuri de meningită.

În cazul de față intervenția a fost făcută după tehnica cunoscută (Reg. op. Nr. 451 din 28 VI. 1944, Dr. Iubu, Weindel Edda).

În primul rând s'a făcut o evidare petro-mastoidiană largă după toate regulile clasice ale acestei chirurgii otice. De remarcat casa în care am găsit un polip obstruant ce ne-a explicat în parte cele ce au urmat prin retenția supurației în cavitățile anexe casei timpanului.

Exenterația corticalei s'a făcut în regiunea fosei cerebrale mijlocii și a fosei cerebeloase înaintea și înapoia sinusului lateral. Cu pensa „gouge” s'a ridicat corticala internă până 'n zona osului sănătos, cu precauțiunea impusă în zona sinusului lateral.

Sursele microblene care inoculau spațiile subarahnoidiene din leziunile septice otice au fost după tehnica aceasta considerate complet suprimate, urmând acum ca bolnavului să i se aplice a doua mare indicație în tratamentul meningitelor otice, adică medicația antiseptică, chimică, bacteriologică cu sulfamide albe.

Grație acestui medicament prognosticul și tratamentul meningitelor otice a suferit o schimbare radicală, cu condiția ca sulfamida să fie dată în cantitate suficientă, adică maximă.

Toți cei care au trăit epoca presulfamidică știu că peste 90% din meningitele otice erau incurabile.

Această problemă a tratamentului meningitelor otice, a fost totdeauna o mare preocupare a Clinicii noastre, încă cu mulți ani în urmă la Cluj, fiind în România prima care a introdus indicația chimioterapiei cu sulfamidă albă ca și indicația sistematică a craniectomiei timpano-mastoidiene.¹⁾ Cum copilul nu prezenta niciun fel de nistagmus, nu s'a pus problema unei meningite otice labirintice, astfel încât labirintul a fost lăsat intact în timpul operației. Se știe că meningitele otice labirintice nu se vindecă dacă nu se trepanează labirintul concomitent cu craniectomia timpano-mastoidiană executată. (Buzoianu.)²⁾

¹⁾ Buzoianu: Die tympano-mastoidale Kraniotomie, eine Typus-Operation der fokalen Chirurgie bei otischer Meningitis. Monatschrift für Ohrenheilkunde und Laryngo-Rhinologie, Iunie 1943. Wien-Berlin.

²⁾ Buzoianu: Le traitement des méningites otiques. Un volume, chez Baillière, 370 pages, Paris 1940.

Înainte de epoca sulfamidică actuală nu aveam la dispoziție acest medicament de-a dreptul miraculos, care să ne poată steriliza spațiile subarahnoidiene sau țesuturile perimeningeene infectate.

Această medicație nu poate fi niciodată dispensată de intervenția operatorie otică. Sulfamidele nu pot să vindece niciodată meningita, cât timp operațiunea n'a ridicat toate focarele care însămânțează mereu lichidul cefalo-rahidian.

Sunt două indicații care se completează perfect, încât dacă operația focală este corectă și administrarea sulfamidelor masivă și după toate regulile actuale, bolnavul trebuie obișnuit să se vindece.

Numai în anumite cazuri de impermeabilitate meningeală pentru sulfamide, de focare labirintice nedeschise, de meningite mixte cu floră bacilară și plogenă, de o colecție encefalică nereperată sau de un blocaj ventricular, sulfamidele și craniectomia nu sunt suficiente. Asupra acestor situațiuni cu totul speciale a insistat în mod deosebit Profesorul Buzoianu.¹⁾

În cazul nostru, am administrat copilului 4 grame de sulfamidă în 24 ore, primele două zile.

Febra scăzând brusc a doua zi după operație și menținându-se scăzută, a treia zi am micșorat la 3 grame, iar a patra și a cincea zi la două grame, după care am suprimat-o complet.

Bolnavul dispărându-i treptat semnele meningeale și febra fiind de 37 grade, nu i s'a mai făcut, ca în mod obișnuit în toate cazurile de meningită, puncția necesară rahidiană pentru precizarea microbului în cauză sau pentru precizarea formei clinice a procesului meningitic (seroasă aseptică, sau septică, puriformă, purulentă).

¹⁾ Buzoianu: Commentaires sur les causes qui contrarient la guérison des méningites otiques à l'époque sulfamidique actuelle. *Acta oto-laryngologica*, Fasc. 2, vol. XXIX, 1941.

Din această cauză am administrat copilului, la orele prescrise, alternativ câte o jumătate tabletă clobazol cu acțiune preponderentă contra pneumococului și a meningococului și o jumătate tabletă ambeșid pentru eventualitatea streptococului.

Se știe că felul sulfamidelor administrate în meningitele otice are o importanță considerabilă în raport cu microbul în cauză. Pentru streptococ sulfamida indicată este para-amino-fenil-sulfamida, adică sulfamida albă pură. Din contră, pentru pneumococ sulfamida necesară este sulfamido-piridina, sau mai recent, în epoca prezentă, sulfatiazolul. Atât de mare importanță are această diferență în cazul meningitelor, încât s'au putut nota cazuri de meningite otice cu pneumococ care n'au cedat la sulfamida pură, chiar dată în doze masive, însă au cedat la administrarea sulfamido-piridinei și invers. În materie de meningită otică cunoașterea microbului în cauză este pentru tratament deci o chestiune de viață și de moarte.

O observație clinică în acest sens a fost publicată de Clinica noastră în Octombrie 1943 (Buzoianu, Săbăduș.)¹⁾

Profesorul nostru a arătat toate aceste indicațiuni speciale, demonstrându-le cu observațiuni clinice proprii și din literatura străină, în monografia sa asupra tratamentului meningitelor otice.

I-am mai făcut primele trei zile câte 20 cm.³ sânge de mamă și pe cale bucală 10—15 picături de cardiazol.

Pansamentele s'au executat zilnic după conduita noastră cu meșe de rivanol.

Copilul și-a continuat tratamentul post-operator în Clinica noastră, fiind înafară de orice pericol.

LUCRARE FĂCUTĂ ÎN CLINICA O. R. L. CLUJ-SIBIU

Director: Profesor Dr. G. Buzoianu.

¹⁾ Buzoianu G., Săbăduș A.: Trépanation vestibulo-cochléaire pour méningite otique cliniquement primitive à base de pneumococcus mucosus. *Revue des sciences oto-rhino-laryngologiques*, fondée à Cluj. Octobre 1943.

Efectul tampon al apei lacului Ursu din Sovata¹⁾

de

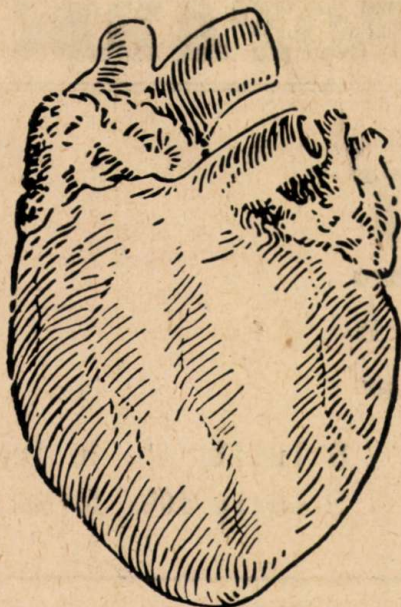
Prof. Dr. I. Manta și Dr. V. Lupea

Soluțiile de electroliti se pot împărți în două categorii: unele prin adăugare de foarte puțin reactiv (acid sau bază) suferă variațiuni importante de pH și altele cărora trebuie să le adăugăm cantități mai importante de reactiv pentru a se produce variațiuni mici ale pH-ului. Aceasta din urmă prezintă deci o rezistență

la variația pH-ului, rezistență ce a primit numele de *efect tampon*.

Coeficientul tampon al soluției se va reprezenta prin formula $T = \frac{A}{dpH}$, în care A este cantitatea de echivalent acid (bază) adăugată soluției, iar dpH variația de pH produsă. Experiența a arătat că acizii slabi poli-

¹⁾ Lucrare începută în vara anului 1939 și întreruptă din cauza împrejurărilor cunoscute. Se publică acum primele rezultate pentru a se putea continua în viitorul apropiat.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate

de 3 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Dupa 3 zile

Granule

de 2 ori pe zi $\frac{1}{2}$ comprimată.

Supozitoare

Medicație foarte economică!

La edeme

Verodigen compositum

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS

(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

valenți (fosforic, carbonic), amfotili, substanțele proteice, au un coeficient tampon mare.

În starea de echilibru soluțiile de electroliti au un pH anumit. Moleculele nedisociate pot însă, dacă se modifică circumstanțele, să se disocieze și astfel să apară ioni de hidrogen. Aceasta este aciditatea potențială a soluției.

Dacă asupra soluției intervin ionii OH^- (prin adăugare de hidroxid) aceștia se combină cu ionii de hidrogen producând apă. Prin disocierea moleculelor de electroliti alți ioni de hidrogen trec în soluție. Adăugarea mai departe de hidroxid va face ca procesul să continue ca mai înainte, până la neutralizarea întregii acidități potențiale a soluției. În cursul operației pH-ul va suferi o variație continuă, la punctele de echivalență producându-se salturi de pH. Dacă fenomenul se reprezintă grafic, notând pe abscisă cmc de hidroxidat adăugat și pe ordonată pH-urile respective, vom obține curbe de titrare, pe care punctele de echivalență se arată prin inflexiuni ale curbelor. Bineînțeles că fenomenul se petrece întocmai cu soluțiile alcaline cărora le adăugăm acid.

Prat și Restowsky¹⁾ întreprinzând astfel de cercetări asupra apei de mare (Split-Jugoslavia), au găsit că apa de mare este o soluție cu efect tampon latent. Apa de mare prezintă un sistem de tamponare cu efect imediat, minim, și unul disimulat, latent, pus în evidență de factori fizicochimici sau biologici și care s'ar datora unui exces de baze. Din punct de vedere biologic apa de mare se comportă ca și soluțiile nutritive cu depozit (după clasificarea lui Prat și Restowsky). Compoziția apei de mare explică aceste fenomene. Apa de mare cuprinde substanțe anorganice și organice, unele fiind și în stare coloidală. Excesul de baze ar avea, în aceste fenomene, rolul depozitului din soluțiile nutritive cu depozit.

Autoreglarea apei de mare în privința pH-ului, s'ar realiza între excesul de CO_2 și de baze, reacțiunea fiind între $\text{pH} = 8,2-8,3$. Sistemul carbonați-bicarbonați pune în libertate bioxidul de carbon. Se pot găsi variații ale pH-ului apei de mare — spre acid sau alcalin —, dar puterea tampon poate fi considerată constantă.

Curbele de titrare cu HCl și NaOH n/50, găsite de autori sunt cu panta rapidă, cu două inflexiuni între care se limitează zona tampon.

Studiul întreprins asupra apei lacului Ursu din Sovata, asupra efectului tampon al acestei ape, prezintă interes din punct de vedere al clasificării balneologice. Acest lac care, pe lângă fenomenul solotermal, prezintă în diferitele straturi variațiuni de temperatură și de concentrațiune, care apoi este în continuă legătură cu procesele biologice dela fundul său, are o situație specială. Profesorul Sturza vorbește cu drept cuvânt despre

vleața acestui lac, cu fazele sale de vleață, care îi dau proprietăți speciale.

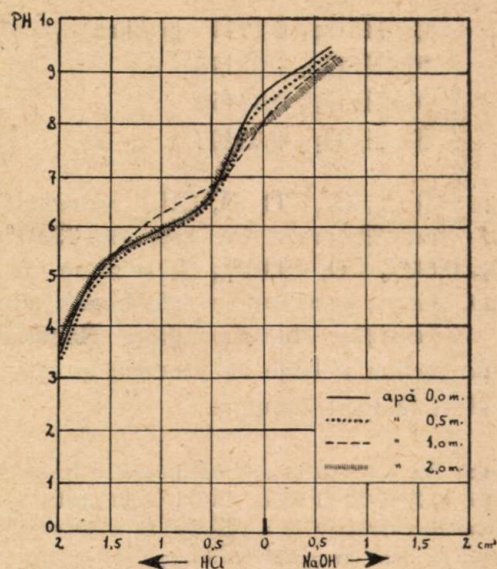


Fig. 1.

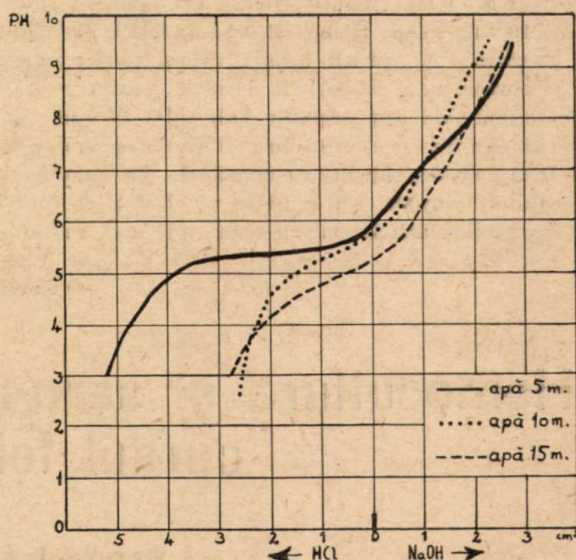


Fig. 2.

Analiza apei lacului Ursu, întreprinsă de prof. Spacu asupra apei dela 2 m. adâncime, este rezumată în tabloul de mai jos:

ClNa	205,7975	gr./litru
NaBr	0,000518	"
LiCl	0,03527	"
KCl	0,1853	"
CaSO ₄	0,4328	"
CaCl ₂	0,8130	"
CaCO ₃	0,1105	"
MgSO ₄	0,1466	"
MgCl ₂	0,1753	"
MgCO ₃	0,0256	"
FeCO ₃	0,0222	"
SiO ₂	0,0251	"

¹⁾ Bul. Soc. Chim. Biol. 21.583 (1939).

Bicarbonații sunt reprezentați prin următoarele substanțe și proporții:

Ca (HCO ₃) ₂	0,1790	gr./litru
Mg(HCO ₃) ₂	0,02778	"
Mn(HCO ₃) ₂	0,03950	"
Fe (HCO ₃) ₂	0,03407	"

Gazele (CO₂, O₂, CO, N, CH₄) reprezintă 28,03 cmc la 1 litru. Proporția lor este de 73,01% CO₂, 7,36% O₂, 0,61% CO, 19,01% N₂ și urme de metan. În rezumat, pentru acela ce ne interesează, constatăm prezența carbonaților—bicarbonaților. Raportul între bloxidul de carbon și baze va produce în apa lacului Ursu un efect tampon însemnat.

Tehnica S'a luat apa în mijlocul lacului dela adâncimi diferite: 0, 0,5, 1, 2, 5, 10 și 15 m. Odată proba luată, se supunea imediat cercetării colorimetrice a pH-ului. În acest scop se întrebuințau eprubete Jena de același calibru, perfect curățate și uscate, indicatorul universal Nagel și comparatorul Walpole. Comparația se face cu o serie de soluții tampon (proaspăt preparate) cu pH-ul variind dela 3 la 11 din 0,1 în 0,1 unități pH. În fiecare eprubetă se iau câte 10 cmc soluție tampon și 0,4 cmc soluție de indicator. Din apa de cercetat de asemeni luăm 10 cmc și 0,4 cmc indicator. Soluțiile se omogenizează cu bagheta de sticlă. Pentru titrare întrebuințăm acidul clorhidric respectiv hidroxidul de sodiu n/50, din care adăugăm treptat câte 0,1 cmc. După omogenizarea soluției comparăm culoarea obținută cu eprubetele din seria de referință de culoare apropiată. Am constatat că chiar după două ore culoarea era neschimbată. Rezultatul notat este apoi reprezentat

grafic, notând într'un sistem de coordonate (pe hârtie milimetrică), pe abscisă cmc acid (bază) și pe ordonată pH-ul respectiv. Se obțin așa curbele din figurile alăturate.

Rezultat. Figura 1 reprezintă curbele până la adâncimea de 2 m, iar figura 2 pe acelea între 5—15 m. Primele au un pH inițial de 8,4—8,6, punctele de inflexiune sunt în zona acidă între pH = 5—6 și cea alcalină între 9—10. Între acestea se exercită zona tampon a apelor dela suprafață.

Straturile de apă mai adânci, dela 5—15 m, au un pH inițial cuprins între 5,3—5,8, deci acid. Punctele de inflexiune sunt în zona acidă între 4—5, iar în zona alcalină între 7—8; observăm totodată, spre deosebire de apa de mare, că efectul tampon scade odată cu profunzimea.

În general față de apa de mare care are puterea tampon între pH 4—5 și 7—8 constatăm că apele lacului Ursu, în adâncime, sunt similare, panta curbilor fiind totuși ceva mai mică. Apele de suprafață, alcaline, dau curbe titrimetrice cu pantă repede, zona puterii tampon fiind în acest caz mai extinsă.

Trebuie de asemeni menționat că și apa lacului Ursu este comparabilă, din punct de vedere biologic, cu soluțiile nutritive cuprinzând depozite.

În viitor vom continua acest fel de cercetări și mai amănunțit, preocupându-ne de apele de profunzime și schimbările acestora cu fundul lacului.

INSTITUTUL DE BIOCHIMIE — CLUJ.

Hemocultura și sero-reacția Widal calitativă în cursul febrei tifoide

de

I. Gavrilă, I. Ardelean și L. Comes

Valoarea și importanța sero-reacției Widal calitative sau a analizei serice calitative a lui Felix în cursul febrei tifoide și paratifoide, care constă în punerea în evidență în serul bolnavilor a aglutininelor tip H și O, este foarte mult discutată în ultimul timp. Unul din noi,¹⁾ a insistat asupra acestor probleme într-o comunicare anterioară.

În lucrarea de față revenim asupra acestor chestiuni în baza examinărilor făcute pe bolnavii de febră tifoidă din Clinica Bolilor Contagioase în ultimii trei ani. În acest timp au fost făcute în acest serviciu examinări pe un număr de 470 bolnavi de diferite vârste. Paralel cu rezultatele analizei serice calitative vom da și rezultatele hemoculturii.

¹⁾ I. Ardelean: Cercetări asupra valorii sero-reacției Widal calitative în diagnosticul febrei tifoide și paratifoide (Ardealul Medical, Nr. 8/1944, p. 348).

1. Hemocultura pe săptămâni de boală

Tabloul Nr. I.

	Săpt. I.		II.		III.		IV.		V.		VI.		Total
	Cazuri	Procente	C	P.	C	P.	C	P.	C	P.	C	P.	
Poz.	28	73%	105	52%	57	35%	11	22%	—	—	—	—	201
Neg.	10	27%	95	48%	104	65%	37	78%	15	100%	8	100%	269
T	38		200		161		48		15		8		470

Din analiza acestui tablou se constată următoarele: În prima săptămână de boală hemocultura este pozitivă în 73% din cazuri, în săptămâna a doua în

52% din cazuri, în săptămâna a treia în 35%, în săptămâna a patra în 22%. Se remarcă un procent destul de mare de rezultate pozitive în săptămâna a treia și chiar a patra de boală, fapt ce ne face să indicăm utilizarea hemoculturii în scop de diagnostic și într'un stadiu mai avansat al bolii decât prima săptămână, atâta vreme cât individul este încă în stare febrilă.

2. Reacția Widal pe săptămâni de boală

Tabloul Nr. II.

	Săpt. I.	II.	III.	IV.	V.	VI.	
Reacții	Cazuri	Procente	C.	P.	C.	P.	Total
Poz.	7	18%	174	87%	158	98%	408
Neg.	31	82%	26	13%	3	2%	62
T.	38		200		161		470

Din cercetarea cifrelor acestui tablou, rezultă că reacția Widal este pozitivă la un titru de cel puțin 1/80 (indiferent de felul antigenului), în prima săptămână de boală în 18% din cazuri, în a doua săptămână în 87% și începând cu săptămâna a III-a procentajul se apropie de 100%.

3. Hemocultura în raport cu reacția Widal pe săptămâni de boală

Tabloul Nr. III.

		Săpt. I.	II.	III.	IV.	V.	VI.						
Hemocultura poz.	Widal poz.	3	11 ⁰ / ₀	90	86 ⁰ / ₀	55	96 ⁰ / ₀	9	81 ⁰ / ₀	—	—	—	—
	Widal neg.	25	89 ⁰ / ₀	15	14 ⁰ / ₀	2	4 ⁰ / ₀	2	19 ⁰ / ₀	—	—	—	—
Hemocultura neg.	Widal poz.	4	40 ⁰ / ₀	84	88 ⁰ / ₀	103	99 ⁰ / ₀	37	100 ⁰ / ₀	15	100 ⁰ / ₀	8	100 ⁰ / ₀
	Widal neg.	6	60 ⁰ / ₀	11	12 ⁰ / ₀	1	1 ⁰ / ₀	—	—	—	—	—	—

5. Hemocultura în raport cu forma clinică pe săptămâni de boală

Tabloul Nr. V.

Săpt. I.			II.			III.			IV.			V.			VI.			
	Ușoară	Mijlocie	Gravă	U	M	G	U.	M	G.	U.	M.	G.	U.	M.	G.	U.	M	G.
Hemocult poz.	11 84%	7 58%	10 74%	26 41%	39 47%	40 71%	8 20%	23 30%	26 56%	1 20%	4 15%	6 35%	—	—	—	—	—	—
Hemocult neg.	2 16%	5 42%	3 26%	36 59%	43 53%	16 29%	31 80%	53 70%	20 44%	4 80%	22 85%	11 65%	4 100%	3 100%	8 100%	2 100%	5 100%	1 100%
T.	13	12	13	62	82	56	39	76	46	5	26	17	4	3	8	2	5	1

Din observarea acestui tablou se constată că pozitivitatea sau negativitatea hemoculturii nu este în funcție de forma clinică a bolii,

Din citirea tabloului III. se poate vedea că în prima săptămână de boală, în cazurile cu hemocultură pozitivă, reacția Widal este pozitivă în 11% din cazuri, pe când în cazurile cu hemocultură negativă, reacția Widal este pozitivă în 40% din cazuri, — deci în prima săptămână de boală reacția Widal este mai frecvent pozitivă în cazurile cu hemocultură negativă, ceea ce ar avea o oarecare importanță în diagnosticul precoce al bolii. De altfel acest fapt se explică prin imposibilitatea de a se stabili în mod precis data îmbolnăvirii din cauza debutului insidios și puțin manifest al febrei tifoid. Procesul patologic este de multe ori mai avansat decât manifestările clinice ale bolii, obținute din anamneză sau examenul obiectiv.

În restul săptămânilor nu există nimic deosebit în privința raportului dintre hemocultură și reacția Widal.

4. Reacția Widal în raport cu hemocultura pe săptămâni de boală

Tabloul Nr. IV.

		Săpt. I.	II.	III.	IV.	V.	VI.		
Widal poz.	Hem poz.	3 42 ^o / _o	90 52 ^o / _o	55 34 ^o / _o	9 19 ^o / _o	—	—	—	—
	Hem neg	4 58 ^o / _o	84 48 ^o / _o	103 66 ^o / _o	37 81 ^o / _o	15 100 ^o / _o	8 100 ^o / _o		
Widal neg.	Hem poz.	25 80 ^o / _o	15 57 ^o / _o	2 66 ^o / _o	2 100 ^o / _o	—	—	—	—
	Hem neg	6 20 ^o / _o	11 43 ^o / _o	1 34 ^o / _o	—	—	—	—	—

Acest tablou (IV) confirmă cele constatate în tabloul Nr. III, și anume raportul invers dintre pozitivitatea și negativitatea reacției Widal și a hemoculturii în prima săptămână de boală.

6. Reacția Widal în raport cu forma clinică pe săptămâni de boală

Tablou Nr. VI.

	Săpt. I.			II.			III.			IV.			V.			VI.		
	Ușoară	Mijlocie	Gravă	U.	M.	G.	U.	M.	G.	U.	M.	G.	U.	M.	G.	U.	M.	G.
Widal poz.	3 23%	4 33%	—	57 91%	72 87%	45 80%	39 100%	74 96%	45 97%	5 100%	25 96%	16 94%	4 100%	3 100%	8 100%	2 100%	5 100%	1 100%
Widal neg.	10 77%	8 67%	13 100%	5 9%	10 13%	11 20%	—	2 4%	1 3%	—	1 4%	1 6%	—	—	—	—	—	—
T.	13	12	13	62	82	56	39	76	46	5	26	17	4	3	8	2	5	1

Din acest tablou ar reieși că în primele săptămâni de boală reacția Widal este pozitivă într'un procent mai ridicat în cazurile ușoare și mijlocii de boală decât în cele grave, ceea ce ar demonstra că imunizarea se face mai târziu în formele grave de boală.

7. Hemocultura în raport cu vârsta pe săptămâni de boală

Tablou Nr. VII.

	Săpt. I.				II.				III.				IV.				V.				VI.			
Vârsta	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-
Hemocult. poz.	2 50%	23 86%	3 50%	—	6 40%	57 59%	42 49%	—	2 40%	16 24%	36 43%	3 33%	—	1 5%	8 32%	2 50%	—	—	—	—	—	—	—	—
Hemocult. neg.	2 50%	4 14%	3 50%	1 100%	9 60%	39 41%	43 50%	4 100%	3 60%	49 76%	46 51%	6 66%	—	18 95%	17 68%	2 58%	1 100%	1 100%	12 100%	1 100%	—	4 100%	4 100%	—
T.	4	27	6	1	95	96	85	4	5	65	82	9	—	19	25	4	1	1	12	1	—	4	4	—

După cum ilustrează acest tablou, pozitivitatea sau negativitatea hemoculturii nu pare a fi în legătură cu vârsta bolnavilor, acestea varînd în mod neregulat pentru toate vârstele.

8. Reacția Widal în raport cu vârsta pe săptămâni

Tablou Nr. VIII.

	Săpt. I.				II.				III.				IV.				V.				VI.			
	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-	0-9	10-19	20-49	50-
Widal poz.	—	4 14%	3 50%	—	15 100%	81 85%	74 87%	4 100%	5 100%	62 95%	82 100%	9 100%	—	19 100%	23 92%	4 100%	1 100%	1 100%	12 100%	1 100%	—	4 100%	4 100%	—
Widal neg.	4 100%	23 86%	3 50%	1 100%	—	15 15%	11 15%	—	—	3 5%	—	—	—	—	2 8%	—	—	—	—	—	—	—	—	—
T.	4	27	6	1	15	96	85	4	5	65	82	9	—	19	25	4	1	1	12	1	—	4	4	—

Tot astfel nici reacția Widal nu pare a fi în legătură cu vârsta. Totuși în prima săptămână de boală, la bolnavii sub 20 de ani, negativitatea reacției Widal este mai frecvent întâlnită.

9. Titul de diluție pe săptămâni de boală

Tablou Nr. IX.

	Săpt. I.		II.		III.		IV.		V.		VI.		Total
1/80	2	28%	5	2%	1	0,6%	—	—	—	—	—	—	8
1/160	1	16%	35	21%	36	21%	1	2%	2	13%	2	25%	77
1/320	2	28%	64	37%	50	34%	12	27%	4	27%	2	25%	134
1/640	2	28%	52	30%	43	27%	13	28%	6	40%	3	38%	119
1/1280	—	—	16	9%	27	17%	16	35%	3	20%	1	12%	63
1/2560	—	—	2	1%	1	0,6%	4	8%	—	—	—	—	7
Total	7		174		158		46		15		8		408

Am înglobat în acest tablou toate reacțiile de aglutinare indiferent de calitatea antigenului. Din analiza lui se constată că în timp ce în primele săptămâni sunt mai numeroase cazurile pozitive la diluții mai mici, în ultimele săptămâni aceste cazuri sunt mai numeroase la diluții mai mari, ceea ce de altfel e și logic.

10. Antigenul și titlul de aglutinare

Tablou Nr. X.

		1/80		1/160		1/320		1/640		1/1260		1/2560		Total
H	Widal Clasic	2	3%	22	14%	31	16%	27	18%	11	17%	1	11%	94
	H	3	5%	31	19%	66	37%	70	47%	42	65%	6	67%	218×2
	ΔV													
O	O	57	87%	82	52	46	26%	29	20%	2	3%	2	22%	
	O = H	3	5%	24	15%	37	21%	22	15%	10	15%	—	—	96
	Total	65		159		180		148		65		9		408 + 218

Acest tablou (X) cuprinde toate reacțiile de aglutinare grupate după antigenul utilizat: 1. Reacția Widal executată după metoda clasică (antigen H); 2. Reacția Widal calitativă, care cuprinde următoarele grupe: a) Reacțiile unde antigenul H a aglutinat la un titru mai mare decât antigenul O; b) Reacțiile unde antigenul O a aglutinat la un titru mai mare decât antigenul H și c) reacțiile unde titlul de aglutinare a fost egal pentru ambele antigenuri.

Din studierea acestor date se poate conchide că procentul aglutinărilor cu antigenul H este mai mare la diluții mai mari, pe când la antigenul O acest procent este mai mare la diluții mai mici.

11. Antigenul și forma clinică

Tablou Nr. XI.

F. clinică	Widal clasic		H > O		H < O		H = O		Total
Ușoară	22	20%	51	46%	8	7%	29	27%	110
Mijlocie	42	23%	85	47%	13	7%	43	23%	183
Gravă	30	26	54	48%	7	6%	24	20%	115

Datele furnizate de acest tablou (XI) demonstrează că nu există nici un raport între forma clinică a bolii și calitatea antigenului.

12. Antigenul și vârsta

Tablou Nr. XII.

Vârsta	Widal clasic		H > O		H < O		H = O		Total
0—9	11	52%	6	28%	2	10%	2	10%	21
10—19	39	23%	80	46%	15	9%	37	22%	171
20—49	40	20%	95	48%	10	5%	52	27	197
50—	4	21%	9	47%	1	5%	5	27%	19

Nici din acest tablou (XII) nu se poate stabili vreun raport între vârsta bolnavilor și calitatea antigenului.

Concluziile practice care rezultă din datele expuse mai sus sunt următoarele:

1. Valoarea diagnostică a hemoculturii nu se rezumă numai la prima săptămână de boală, ea prezentând rezultate pozitive într'un procent destul de ridicat și în săptămâna a II—IV (52%—22%).

2. Reacția Widal în prima săptămână de obicei este negativă, deci fără valoare practică. Totuși în unele cazuri și mai ales în cele cu hemocultura negativă, reacția Widal poate fi pozitivă încă din prima săptămână (tabloul Nr. III).

3. Având în vedere aceste concluzii, precum și imposibilitatea de a se putea stabili în mod precis data îmbolnăvirii, deci stadiul bolii la un moment dat, se recomandă în scop de diagnostic utilizarea atât a hemoculturii, cât și a reacției Widal, indiferent de săptămâna de boală.

4. Titul reacției Widal crește în cursul bolii, fiind în general mai ridicat pentru antigenul H decât pentru antigenul O.

Vârsta bolnavilor și forma clinică a bolii nu influențează pozitivitatea hemoculturii. Reacția Widal însă,

devine pozitivă mai târziu în formele grave decât în cele ușoare și mijlocii, — iar în ceea ce privește vârsta, această reacție la bolnavii peste 20 ani este pozitivă într'un procent mai mare la începutul bolii, decât sub această vârstă.

6. Rezultatele reacției Widal calitative, practic nu au nicio valoare prognostică asupra gravității bolii.

RESUMÉ**L'hémoculture et la séroréaction Widal qualitative au cours de la fièvre typhoïde**

Les auteurs ont recherché la séro-réaction Widal qualitative dans 470 cas de fièvre typhoïde en arrivant aux conclusions suivantes :

1. L'hémoculture a une valeur diagnostique non seulement dans la première semaine de la maladie ; elle présente des résultats positifs même dans la II-e et la IV-e semaine (52%—42%).

2. La réaction Widal est d'habitude négative pendant la première semaine. Cependant elle est quelquefois positive, surtout dans les cas ayant une hémoculture négative, dès la première semaine.

3. Etant donnés ces résultats, nous recommandons d'utiliser pour le diagnostic l'hémoculture en même temps que la réaction Widal, sans considérer la semaine de la maladie.

4. Le titre de la réaction augmente au cours de la maladie, étant généralement plus élevée pour l'antigène H que pour l'antigène O.

5. L'âge du malade et la gravité de la maladie n'ont aucune influence sur les résultats de l'hémoculture. En ce qui concerne la réaction Widal, on obtient des résultats positifs plus tard dans les formes graves que dans les formes légères ou moyennes, l'âge a une certaine influence sur les résultats de la réaction, dans le sens que dans la première semaine on rencontre plusieurs réactions positives au dessus de 10 ans, qu'au dessous de cet âge.

6. Les résultats de la réaction Widal qualitative n'ont aucune valeur pronostique sur la gravité de la maladie.

CLINICA DE BOLI CONTAGIOASE CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Gavrila.

Medicină de războiu**Fizioterapie în războiu**

de

Prof. Dr. Marius Sturza

— Continuare din Nr. 10. —

Balneoterapie

Balneoterapia formează din antichitate o comoară valoroasă în tratamentul răniților și invalizilor de războiu. La început erau întrebuințate spre acest scop numai băile termale. Balneoterapia de azi are în vedere cu drept cuvânt nu numai leziunile, ci toate bolile care apar la soldații de pe front și, mai ales, urmările acestora, astfel încât trebuie avută în vedere totalitatea apelor

minerale în tratamentul lor. Cum programul nostru se referă însă numai la răniți, trebuie să ne reducem la anumite categorii de ape minerale. Acestea sunt, pentru tratamentul extern, apele termale, apele sărate, apele sulfuroase, cele carbo-gazoase și cele radio-active ; la acestea mai adăugăm ca agenți balneari nămolurile de turbă, sapropelice, vulcanice, și cele din sărțele noastre nenumărate, precum și șlicurile de râuri și de mare.

Pentru aplicațiunea internă considerăm ca mai potrivite pentru răniți apele feruginoase, cele arsenicoase și cele teroase calcice.

Băile, în general, constituie o terapie de excitație nespecifică, acționând în baza proprietăților lor fizice și chimice. Ele au efecte calmante, antispasmodice, iperemizante și rezorbante ca și celelalte proceduri termo-terapeutice; la acestea se adaugă acțiunea proprietăților chimice și fizico-chimice care le caracterizează. Marele avantaj al băilor este, că aplicațiunea lor se prezintă mai simplă decât al altor proceduri termo-terapeutice și că răniții pot să profite simultan și de o kinetoterapie atât în băile parțiale, cât și în cele complete, mai mult încă în bazine, piscine și lacuri, în care mișcările pot fi executate într-o măsură mai amplă și în care este posibil și *inotul* — *kinetoterapia ideală pentru răniți*. Băile comune în bazine prezintă pe lângă aceasta și un avantaj practic, putând să fie tratați deodată mai mulți răniți, cari se influențează și se concurează reciproc în progresele pe cari le fac și ating astfel rezultate mai grabnice. Băile menționate pot fi luate și de răniți cu răni încă deschise; nu avem să ne temem de infecțiuni, producțiunea granulațiunilor este stimulată în baie și granulațiunile bune sunt foarte greu accesibile infecțiunilor. Toți colegii cari fac serviciu pe lângă răniți în stabilimente balneare ne vor confirma că toate rănilile se vindecă mai repede făcând uz abundant de băi. Dar și toate celelalte urmări ale rănilor contractate, ca rigiditatea, contracturile, atrofiile de inactivitate, parezele, dispar cu mult mai repede pe lângă un tratament balnear consecvent.

Am înșirat mai sus apele minerale recomandabile în tratamentul răniților în ordinea cum ele sunt suportate, ținând cont de reacțiile pe cari le pot produce.

Băile termale au efectele pe cari tocmai le-am evidențiat.

Băile sărate produc o excitație mai puternică a nervilor periferici, sensitivi și vegetativi, o iperemizare mai accentuată a tegumentului, un turgor mai potențat și o acțiune imunizatoare mai puternică. Ele urcă procesele osmotice din interiorul țesuturilor, au o influență asupra proceselor bio-electrice din organism și asupra funcțiunei glandelor endocrine. Presiunea hidrostatică mare a băilor sărate mai concentrate, influențează respirația, circulația capilară și venoasă periferică și procesele de rezorbțiune. Băile sărate au o putere de ridicare a corpului, respectiv a membrilor, astfel încât mișcările sunt mai puțin dureroase, deși întâmplînd o rezistență mai mare decât în apă comună.

În **băile sulfuroase** acționează pe lângă temperatură, H_2S și HS , care se rezoarbe prin piele și care se inhalează în cursul băilor, apoi substanțele keratolitice, în special keratinatul de sodiu care se produce în piele și din care o parte se rezoarbe, provocând efecte analoage ca și vacinele nespecifice. Aceste băi indicate în toate inflamațiunile cronice, în special în cele reumatice, sunt bine venite și răniților cari au rămas pe urma rănilor cu inflamații și infiltrații în țesuturi, în tendoane, în articulații. Rezultatele obținute cu băile sulfuroase sunt din cele mai bune; reacțiile cari le produc sunt însă mai intensive decât la băile termale și cele sărate.

Băile CO_2 sunt bine venite pentru răniți, fiindcă tonizează aparatul circulator și sistemul nervos. Răniții debilitați, anemizați, cu o circulație periferică defectuoasă, cu un miocard slăbit pe urma eforturilor și privațiunilor, pe urma inactivității și infecțiunilor în cursul bolii, se refac și se întăresc mai ușor cu ajutorul băilor de CO_2 . Rănilile încă se vindecă, pe lângă întrebuintarea acestor băi, mai îngrabă, pe urma acțiunei directe a lui CO_2 și a ameliorării circulațiunei. Tot din cauza aceasta sunt bine influențate, prin aceste băi, anemiile, afecțiunile funcționale ale sistemului nervos, ba chiar și cele organice cum sunt nevralgiile și nevritele.

Ca completare menționăm încă apele *radio-active*, cu toate că noi în țară nu posedăm izvoare radio-active cu un conținut în emanație sau săruri de radium, care să producă efecte terapeutice vădite. Emanația de radium sau gazul Radon este rezorbit din baie prin piele, dar în același timp este și inhalat în cursul băilor din aerul care plutește deasupra apei. Asemenea putem aplica apa radio-activă și pe cale bucală. Acțiunea emanației de radium o putem rezuma în următoarele: Ea urcă metabolismul bazal, cel intermediar, eliminările azotate și ale acidului uric prin urină, favorizează disolvarea mononatrium-uratului, diminuează acidul uric în sânge, potentează leucocitoza și fagocitoza și manifestă o afinitate pronunțată față de substanța nervoasă și măduva osoasă, unde se poate acumula în cantități mai considerabile. În baza acestor acțiuni putem înțelege, de ce apele radio-active produc efecte atât de eficace la răniți cari suferă de mialgii, nevralgii, nevrite, inflamații și exudațiuni posttraumatice. Reacțiunile cari le provoacă sunt adeseori foarte puternice și se manifestă în exacerbațiuni dureroase, temperatură urcată și recidive pasagere la locurile inflamate.

De domeniul balneoterapiei se țin și **nămolurile, respectiv peloidele**, de toate categoriile. Pe lângă căldura specifică mare, conductibilitatea calorică mică, capacitatea calorică mare și convecțiunea calorică redusă, proprietăți din care rezultă conservarea calorică respectiv termopexia mare, trebuie să remarcăm la nămoluri, ca proprietăți fizice și fizico-chimice, consistența coloidală (viscozitatea), hidroplexia condiționată de starea coloidală, iar ca proprietăți chimice conținutul nămolurilor în uleiuri eterice, acizi organici — în deosebi humici — și anorganici, substanțe tanice, sulfuri și sulfuri de fier și aluminu, diverse săruri anorganice și silicați, apoi celuloză și resturi de solzi de diatomee și nisipuri fine, cari produc o excitație mecanică pe suprafața tegumentului. Din ansamblul acestor proprietăți fizice și chimice rezultă particularitățile balneoterapeutice extraordinare ale nămolurilor. Aportul caloric al nămolului încălzit, staza calorică pe care o produce, excitațiunea mecanică, — pe care o exercită substanțele fine anorganice, — și cea chimică, provocată de uleiurile eterice, acizii organici și anorganici, la care se adaugă acțiunea adstringentă a substanțelor tanice, a acizilor humici, a sulfurilor de fier și aluminu — toate acestea produc în organism, de preferință în regiunile îmbălate sau împachetate și în special, în laboratorii

Iperemizat al tegumentului, procese revulzive, derivate, rezorbtive, și în același timp imunizatorii.

În băile de nămol mai consistente acționează, pe lângă acestea, și presiunea hidrostatică și coeziunea mare, care produc o rezistență mișcărilor în baie și astfel formează ultima etapă a kinetoterapiei, la răniți, executată însă în condiții favorabile din cauza termopexiei și coloidalității nămolului.

Temperatura la care aplicăm băile variază între 35—38° C, iar durata între 20—30 minute.

Impachetările de nămol se aplică asupra regiunilor lezate la o temperatură de 45—47° C, și cu o durată de 30—40 minute. După ambele urmează o spălare caldă, o baie de curățenie sau un duș, apoi un repaus de 1/2—1 oră într-o cameră bine ventilată.

Cu toată pierderea dureroasă a Ardealului de Nord avem la noi în țară încă multe turbării, din care putem scoate cantități enorme de turbă; avem în limanuri și în lacurile sărate depe Câmpia română depozite mari de nămol sapropelic, avem pe coasta Basarabeană și în multe râuri de-a-lungul Câmpiei române înainte de revărsarea lor în Dunăre șlicuri fluviatile și marine suficiente, dar le întrebuițăm pe toate prea puțin pentru răniți, cu toate că efectele lor curative sunt din cele mai puternice și prețioase. Adeseori atingem cu băile și impachetările de nămol încă rezultate satisfăcătoare în contracturi, în artrite post-traumatice, în nevrite, nevralgii, în inflamații cronice și anchiloz, unde celelalte proceduri termo-terapeutice, inclusiv diatermia și undele scurte, nu au corespuns așteptărilor. De remarcat sunt în privința aceasta în deosebi leziunile oaselor și articulațiilor ca urmări ale traumatismului de război.

Dintre apele minerale întrebuițate *pe cale bucală* cele mai valoroase, pentru tratamentul răniților, sunt *apele feruginoase, arsenicoase și cele teroase calcice*. Cele feruginoase stimulează funcțiunea organelor hematopoetice și produc materialul necesar pentru formarea hemoglobinei, acționează apoi în mod tonizant asupra organismului, contribuind la o asimilare mai favorabilă a alimentelor. Cele arsenicoase excită și mai mult măduva osoasă și favorizează în același timp procesele de creștere și îngrășare. Ambele categorii de ape minerale sunt indicate pentru răniții suferinzi de anemii secundare după pierderi mari de sânge și pentru convalescenții debilitați.

Importanța apelor teroase calcice, pentru răniți, este indiscutabilă. Decalcifierea pe care o găsim atât de frecvent este bine influențată de apele calcaroase; în deosebi atunci când putem aplica concomitent și băi de soare sau raze ultraviolete. Aceeași indicație ni se impune în cazuri de fracturi și formațiuni de calusuri vicioase. *Ipocalcemia*, un alt fenomen pe care-l întâlnim destul de des la răniți, încă indică întrebuițarea apelor teroase calcice. Dacă avem, mai departe, în vedere inflamațiunile și exudațiunile, precum și hemoragiile atât de dese la răniți, călci toate sunt bine influențate de calciu, vom înțelege de ce apele minerale teroase calcice întrebuițate timp mai îndelungat la răniți și convales-

cenți ne dau rezultate bune. Aceste ape călci nu se descompun atât de ușor ca și cele feruginoase, permit aplicațiunea lor ca și ape carbogazoase calcice și la patul bolnavului în formă imbutellată, înlocuind chiar apa potabilă comună; aceasta cu atât mai mult că au un gust foarte plăcut și răcoritor.

Climatoterapia

După ce am trecut în revistă aproape toate ramurile fizioterapiei cu ajutorul cărora putem fi folositori răniților călci s'au jertfit pentru noi, venim să încheiem cu foloasele călci pot să ni le ofere clima țării noastre.

Clima domină și azi războaiele pe lângă toate perfecționarea tehnică de care dispun beligeranții. Vorbim și auzim de generalul ger, de generalul zăpadă, ploale, ghiață, norolu, umiditate, ceață, polei, chiciură, arșiță solară, furtună, vânt, nisip, praf, stepă, deșert, uscăciune, și la acestea adăugăm, după formele mai noi de luptă aeriene, generalii nori, electricitate aeriană și înainte de toate schimbarea corpurilor aeriene.

Despre acești factori meteorici, călci ni se prezintă ca dușman, știm de altă parte, că în ansamblul lor echilibrat ni se prezintă ca și climă și ca factori climatici călci ne pot fi foarte folositori în anumite condițiuni.

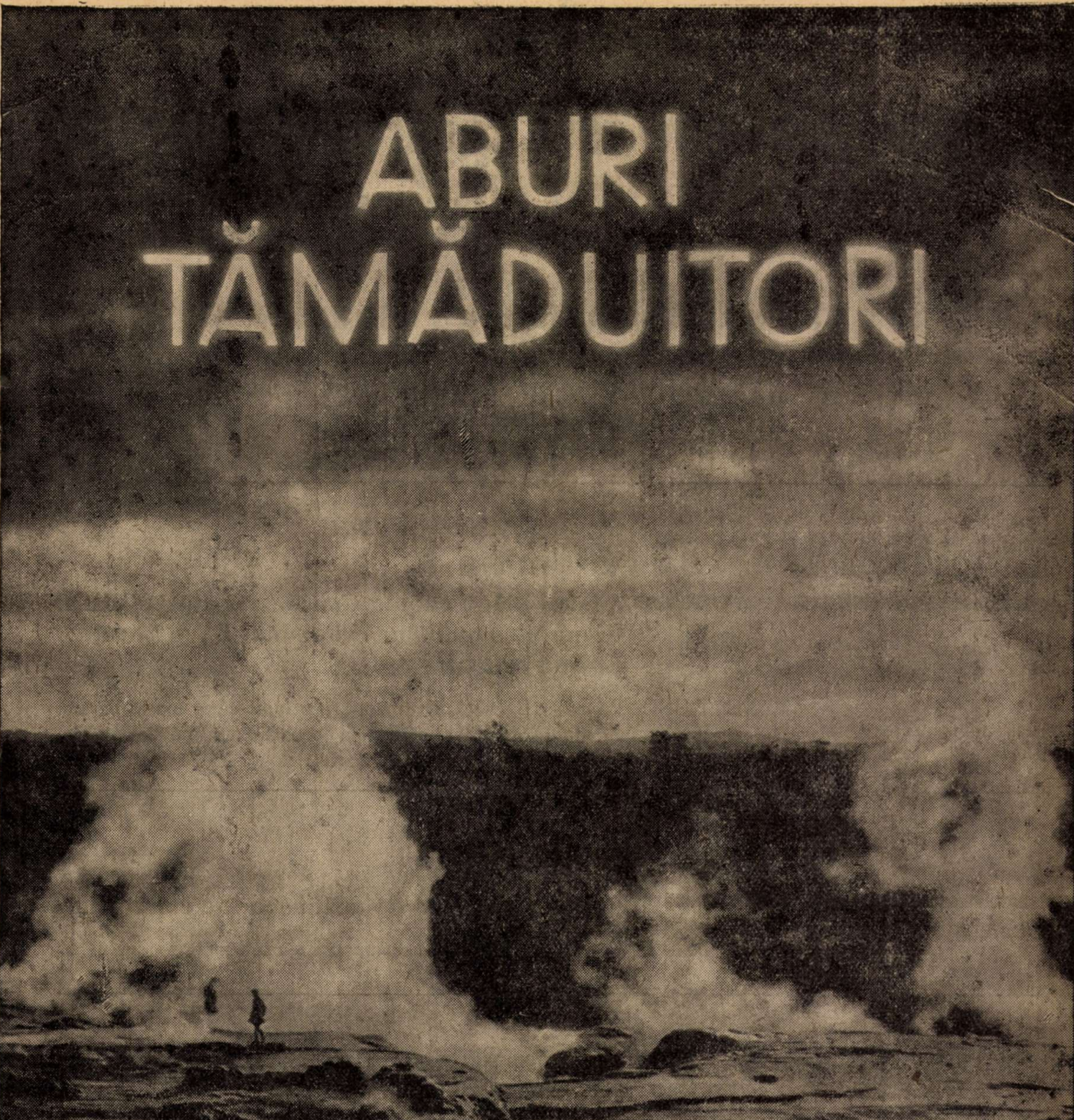
Nu vrem și nici nu putem să intrăm aici în detalii cu privire la clasificarea generală a climelor și la acțiunea terapeutică a fiecărui climat. Ținem cont numai de clima țării noastre care este situată din punct de vedere climatic în sfera de acțiune a trei climaturi:

În E. SE. și S. domină încă *clima de stepă* a epocii neogene cu precipitații puține, veri calde, ierni reci, influențată mai mult de vânturile de N. și NE. Partea Transilvaniană a țării stă sub influența climelor continentale a Europei centrale cu veri destul de calde însă mai puțin uscate, cu ierni reci însă mai bogate în precipitațiuni și frecventată de vânturi din direcția V NV. și SV. Regiunea Banatului și a Olteniei de vest are o climă mai domolă, asemănătoare celei mediteraneane, cu precipitațiuni mai abondente toamna, cu veri calde, ierni mai domole, și cu vânturi mai mult din direcțiile V., NV., SV. și S. Clima subtropicală, adevărată mediteraneană, dela Callacra și Balic am pierdut-o către Bulgaria.

Din aceste trei climaturi cel de stepă este influențat în partea de SE. de litoralul Mării Negre, având de-a-lungul mării o climă maritimă însă mai puțin umedă și mai neconstantă decât la alte litorale mai ales la cel mediteranean. Clima continentală este supusă, ca și prețutindenea, modificărilor cauzate de înălțimea locurilor astfel încât în cele trei climatice principale putem să stabilim următoarele subdiviziuni:

1. *Clima de litoral* cu caracter combinat *de stepă și maritim*;

ABURI TĂMĂDUITORI



.... Precursori tratamentului modern de înhalatie!

Glycirenan

reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul

astmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.

Atmos - Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapeutică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$.
Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

Este un preparat de acid ascorbic chimic pur.
INDICAT: În toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 ccm

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate.
Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

2. *clima pură de stepă*, care domină Basarabia, Moldova de sud, Dobrogea noastră și Câmpia română;

3. *clima de coline, de podgorie și cea sub-alpină*, cu caracter continental, în unele regiuni chiar mediteranean;

4. *clima alpină*, pe ambele părți ale Carpaților de est și cel meridional, precum și pe vârfurile Munților Apuseni;

5. *clima de înălțimi*, pe înălțimile de aproximativ 2000 m. și mai bine în Carpații de est și cel meridional.

În cadrul acestor climaturi, în deosebi a celor continentale, putem să ținem cont de diversele climaturi, de vegetație, cum sunt climatul de cereale, de podgorie, cel de poeni, de pădure, iarăși cu subdiviziunea stejarului, a fagului și a bradului.

Am atins aceste chestiuni numai pentru ca să evidențiez posibilitățile climato-terapeutice ale țării noastre și rog să fiu dispensat de a prezenta și indicațiunile terapeutice pentru formele de climă menționate, pe care le putem găsi în toate tratatele de climatologie medicală.

Nu mai câteva cuvinte asupra întrebărilor climatice pentru răniți: Războiul se petrece de cele mai multeori în alte climaturi decât cele autohtone ale diferiților soldați. Orice climă pretinde o aclimatizare. Pentru aceasta există rareori timp în război. Rănitul suferă deci nu numai pe urma eforturilor și privațiunilor de război, ci și pe urma intemperțiilor climatice. Rănitul slăbit, emaciat, va suporta mai bine clima sa de acasă și avem datorită ca să-l readucem pe cel grav rănit, cu o durată de reînnoșire mai lungă, în clima de unde derivă, în clima lor autohtonă. Aici acționează favorabil, pe lângă mediul climatic, și mediul psihic și mediul de alimentație. Răniții își revăd plăcerile de unde au plecat, își revăd părinții, rudele și prietenii, sunt alimentați în felul obișnuit lor; prin aceasta ei se calmează și se reface mai repede echilibrul neuro-vegetativ, se normalizează metabolismul și secrețiunile, și totul progresează mai repede spre bine.

După părerea noastră numai răniții refăcuți în anumită măsură sau cel care timp mai îndelungat stau pe loc în convalescență, trebuiesc transportați, pentru o însănătoșire mai grabnică, în alt climat. Pentru alegerea climatului se va avea în vedere, pe lângă rănile sau boala respectivului și *starea generală și constituția lui*. Clima de litoral, cea sub-alpină și alpină și clima de pădure vor avea la tot cazul rolul de preferință. Făcându-se o bună alegere și o selecționare potrivită, va urma după o scurtă aclimatizare o refacere rapidă.

Pentru ca să putem însă realiza toate acestea ne trebuie o bună organizare. Locurile climatice avem desigur suficiente, dar profităm oare în mod potrivit de ele? Am instalat acolo spitale, sanatorii și locuri de recreație pentru răniți? Că se poate face și la noi o bună organizare climato-terapeutică, a dovedit-o armata

germană când a venit în țară în vederea ofensivelor balcanice și rusești. Am văzut atunci că nu numai stațiunile noastre balneare mai valoroase au fost angajate în serviciul lor (Călimănești, Slănicul Moldovei, Băile Herculane), ci și spitalele din stațiunile climatice, așa spitalele și pensiunile din Timișul de sus și jos, dela Predeal, Bușteni, Sinaia și mai multe în Moldova și la mare. Locurile noastre climatice au mai fost utilizate și pentru recomfortarea soldaților germani, cari petreceau săptămâni și luni în așteptarea evenimentelor în locurile noastre climatice. De-a-lungul văii Prahovei, dela Predeal și până la Câmpina, am putut vedea atâtea grupuri de soldați germani, cari pe lângă deprinderile lor obișnuite, făceau uz în abundență de băi de soare, băi de aer, băi de râu. Acestea toate dovedeau și dovedesc, că Germanii au o organizație balneo- și climatoterapeutică bine concepută nu numai în țara lor în care stațiunile balneo-climatice au arătat în cel doi ani din urmă o frecvență neatinasă mai înainte atât de persoane civile, cât și militare, ci și pentru toate regiunile în afară de Germania unde activează armata lor.

Câtă atențiune acordă Germanii fizioterapiei în război rezultă de altă parte și din faptul că aproape toate spitalele și stațiunile lor balneare posedă stabilimente fizioterapeutice perfect instalate și că încă în anul 1939 toate fabricile de aparate fizioterapeutice lucrau cu atâta asiduitate pentru armată, încât particularii nu puteau să cumpere decât numai cu greu asemenea aparate. Mai mult chiar: în țările unde se găseau, din cauza diferitelor campanii, ei închiriază sau angajează pe seama armatei lor în primul rând spitale și sanatorii bine instalate din punct de vedere fizioterapeutic; așa și la noi în țară unde se găsesc foarte puține asemenea instalațiuni, a fost închiriat de către Germani în primul rând spitalul Elias din București, care avea cea mai perfectă și completă instalațiune fizioterapeutică din țară.

Nu este acum timpul să cercetăm ce am făcut noi pe acest teren, ce am organizat, ce s'a trecut cu vederea și ce am înțeles? Trebuie să constatăm însă că cu privire la aplicarea fizioterapiei în război ne lipsesc încă multe. Din cele expuse în cadrul acestei lucrări reiese însă clar ce importanță nebanuită are tratamentul fizioterapeutic pentru răniți; el nu poate fi înlocuit prin nicio altă metodă de tratament. Prin el cruță Statul sume enorme pe cari trebuie să le cheltuiască pentru ceea ce se pierde prin capitalul „om”, care a devenit neproductiv ca rănit și ca invalid, în rândul al doilea prin rentele care va trebui să le plătească în curs de mulți ani invalizilor.

Nu știm cât va dura încă războiul; și dacă se va termina însă curând, tratamentul fizioterapeutic și ortopedic al răniților va dura încă mulți ani; este deci necesar și rentabil ca ceea ce nu s'a făcut încă până

acum să se realizeze de aci înainte și cât de curând. Pentru satisfacerea obligațiilor pe care le avem față de apărătorii țării ne permitem a face, de încheiere, următoarele propuneri:

1. Palatul Invalizilor, proiectat să fie o instituție de amplasare și mândrie națională, să fie înzestrat cu un institut de fizioterapie care să cuprindă întreaga aparatură menționată în această lucrare. În locul unui palat mare așezat în Capitală, a cărei climă de stepă este mai puțin potrivită pentru persoane fixate ani de-a rândul pe același loc, suntem de părere să se clădească mai bine 3-4 asemenea instituții și anume unul lângă mare, unul în climă subalpină și al treilea în climă alpină.

2. În orașele universitare armata să instaleze câte un institut de fizioterapie bine înzestrat, care să facă posibil tratamentul răniților în condiții optime și în colaborare cu clinicele, la caz că se ivește nevoia pentru intervenții chirurgicale și ortopedice. În aceste institute să fie concentrați răniții cel mai grav.

3. Spitalurile mai mari din țară în diferite regiuni climatice să fie înzestrate măcar cu o parte a aparaturii fizioterapeutice menționate la capitolele precedente, pentru a putea servi răniților internați în ele. În deosebi să se dea atențiunea cuvenită hidroterapiei, cu care se pot atinge rezultate bune și a cărei instalație costă relativ puțin.

4. În stațiunile balneare cu ape termale, sărate, sulfuroase și cu nămoluri să fie instalată aparatura fizio-

terapeutică, care să poată completa tratamentul balnear al răniților din respectivele stațiuni.

5. Pentru efectuarea satisfăcătoare a tratamentului fizioterapeutic trebuie să se facă instrucția și educația unui personal medical și tehnic corespunzător, care să știe manipula toată aparatura utilă într'un institut fizioterapeutic și să știe aplica toate procedurile menționate. Necesitatea unui asemenea personal se resimte demult, la noi în țară. Pentru instrucția lui să se organizeze cursuri cu durată de câteva luni, pe lângă clinicele balneologice existente sau, independent de acestea, în primul institut care va lua ființă.

În lucrarea actuală am depus o parte a experiențelor culese o vreme întreagă pe teren balneologic, climatologic și fizioterapeutic. Am ținut cont în deosebi de cele experimentate în războiul mondial trecut și foarte scurt timp și în războiul actual. Cu aceasta am intenționat să-mi fac datoria și ca pensionar față de țară în aceste vremuri de grea încercare și să contribuie la ameliorarea și alinarea sorții răniților și soldaților noștri, care trebuie să domine azi toate preocupările oamenilor de bine.¹⁾

(Sfârșit.)

¹⁾ Această lucrare promisă să fie publicată în iarna anului 1942, a fost încredințată Ministerului Propagandei, O. N. T., care și-a luat angajamentul să o publice în „Revista balneoclimatică”, pe care însă nu a tipărit-o niciodată, cu toate urgențele făcute mereu, ținând la sine manuscrisele timp de 1½ ani. Prin această întârziere — în afară de voința noastră, — se explică unele neactualități din text, pentru cari rugăm să fim scuzați.

Probleme de farmacologie

Evoluția farmacologiei

de

Profesor Dr. C. C. Velluda

— Continuare din Nr. 10. —

II.

Abundența datelor de farmacologie care îmbogățesc continu această disciplină, verificarea și modificarea multora din cunoștințele anterioare în direcția noilor concepții, multiplele droguri apărute și mijloace noi de preparare, fac ca vechile antidotarii din evul mediu să nu mai corespundă necesităților.

Apar de aceea altele, recunoscute și controlate de stat, — codexuri oficiale pentru prepararea medicamentelor — ca de ex. *Pharmacopaeae Augustana* (1546) din Augsburg, prima apărută în acest sens, urmată treptat de altele similare și în alte părți: *Colonia, Londra, Paris, Leyda*, etc.

În diferite tratate care apar de aci încolo, fie de Patologie, fie experimentale de fiziologie sau chimie,

se introduc capitole speciale asupra medicamentelor, în care începe a se discuta mai mult acțiunea lor pe baza noilor directive științifice ale chimiei și fiziologiei. Deși nici chimia, nici fiziologia științifică, care va apare ceva mai târziu cu Lavollier și Haller nu erau cunoscute, totuși descoperirea circulației sanguine cu Hervey la 1628, ca și idelle iatrochimiste și fiziologice existente în secolul al XVII-lea, au influențat de sigur și idelle farmacologice contemporane. De aceea deja de pe acum găsim o orientare a farmacologiei și înspre partea experimentală, punându-se astfel începuturile ramurii numită mai târziu „Farmacodinamie”.

Astfel Bellini comentând unele din idelle lui asupra „stimulusului” în circulația sanguină, într'o lucrare mai mult de fiziologie decât de patologie, se ocupă în pa-

ragraful „*De medicamentis*“, de acțiunea fiecărui medicament, insistând asupra cunoașterii acțiunii fiziologice a lui, din care trebuie să derive cea terapeutică. El aprobe efectele lor de cel al „*stimulului*“, teorie care de fapt constituie baza lucrării lui. În același timp el face și o clasificare a medicamentelor, după efectele lor terapeutice (*vomitiv, diuretice, etc.*)

În același sens aparținând aceleași școli italiene amintim pe *Baglivi*, care în „*Praxis medica*“ se ocupă și de condițiile fiziologice de acțiune a medicamentelor.

Ca și aceștia, școala germană dă pe *Hoffman*, profesor la *Jena* și apoi la *Halle*, care rezumând în „*Medicina rationala*“ diferitele lui lucrări asupra remediilor în general, se ocupă pe larg și de medicamente, de modul lor de acțiune, de efectele lor. El caută să demonstreze în primul rând raportul intim dintre fiziologie, patologie și terapie. Unul și același medicament acționează diferit, după indivizi, că deci nu numai esența medicamentului, ci și dispoziția variată a indivizilor este aceea care determină un efect sau altul. Se mai ocupă *Hoffmann* și de medicamentele specifice, „*a căror virtute e astfel, încât ele sunt mai avantajoase și mai eficace contra anumitor maladii determinate*“. Astfel e chinina în febra intermitentă, opiu în dureri, mercurul în sifilis. În afară de aceasta *Hoffman* se ocupă în particular asupra acțiunii unora din medicamente, ca chinina, făcând o clasificare a medicamentelor după efectele lor.

În general el folosea mult sedativele, Ol. eterice, — camforul — amarele ca scoarța de chinină, condimentele.

Hoffman găsește sarea de *Sedlitz* (sulfatul de magneziu), înfiind introducerea apelor minerale în terapie. Astfel se introduce sulfatul de sodiu de *Glauber*, tartratul de sodiu și potasiu de frații *Seignette*, și rând pe rând și altele.

Între *Hoffman* care ocupa catedra de chimie și *Ernest Stahl*, profesor tot la *Halle*, de patologie, dietetică și farmacologie, s'a dat o luptă de 40 ani, deși *Stahl* fusese adus la *Halle* chiar de *Hoffman*, ceea ce denotă, spune *Guardia*, „libertatea învățământului, care a făcut prosperitatea marilor școli germane“. Pe când *Stahl* era anmîst, *Hoffman* era iatromecanist și iatrochimist. Între altele *Stahl*, deși profesor de farmacologie, era contra folosirii chininei și opiuului în terapie (Dumesnil), reducând în general numărul medicamentelor și folosind mult purgative și tonicele, mai ales săruri de fier.

Hoffman fiind deci iatrochimist și iatromecanist, ideile lui asupra acțiunii medicamentelor sunt dezvoltate în acest sens.

Cu începuturile secolului al XVIII-lea, Fiziologia cu *Haller*, *Magendi*, *Claude Bernard*, Chimia cu *Lavoisier*, *Liebig*, Fizica cu *Volta* și *Ampère*, apariția erei pasteuriene, pun baze definitive științelor experimentale și odată cu ele și Farmacologia moderne.

În legătură cu teoria „*Iritabilității părților sensibile*“ pe care o susține *Haller* într-o lucrare celebră, apărută în latinește în 1753, acesta pune probleme noi în Farmacologie, în ce privește modalitatea de acțiune a medicamentelor. Între altele, ocupându-se de opiu, afirmă că acțiunea acestuia se exercită prin „*diminuarea iritabilității tuturor părților*“ și nici decum prin alt mecanism fantezist, susținut până la el. Acest exemplu este suficient de clar, pentru a ne arăta calea adevărată începută de *Haller* în Farmacologie prin metode experimentale.

Cullen, din școala engleză, contemporan cu *Haller*, publică în 1772 o „*Materia Medica*“, una din cele mai bune și mai complete. Apropiat mult de *Hoffman* ca și de *Haller*, prin menținerea aceleași teorii a iritabilității, *Cullen* susține în același timp participarea și a individului și nu numai a medicamentului în privința efectelor. El mai studiază și modul în care acțiunea unui medicament poate fi modificată prin diferitele stări în care se găsește organismul. Efectul unui medicament e în funcție de starea de sensibilitate și iritabilitate a sistemului nervos. De aceea trebuie să cunoaștem condițiile chimice, fizice, temperamentul, forța vitală, pentru a putea cunoaște efectul unui medicament. Alimentația în unele împrejurări pot fi și medicamente.

Concomitent cu noile directive experimentale, apariția marelui naturalist *Linné*, prin sistematizarea pe care o introduce în Botanică, ușurează și dă în același timp un nou impuls cercetărilor plantelor autohtone, mai ales prin *Anton Sörch* din școala veneză. Se studiază acum nu numai din punct de vedere descriptiv, dar și din cel fiziologic, atât plantele cu acțiune puțin însemnată, ca: *licopodium*, *menta*, *chenopodium*, *Frangula*, *Arnika*, cât și plantele toxice, ca: *datura*, *colochicum*, *hyoscianum*, etc. Cercetările începute acum, vor continua cu progresele fiziologiei și chimiei secolului următor.

Claude Bernard, elevul lui *Magendi*, nu numai că a construit fiziologia modernă, care stă însăși la baza farmacologiei, dar ocupându-se într-o lucrare „*Asupra efectelor substanțelor toxice și medicamentoase*“, apărută în 1857, în care între altele caută să precizeze acțiunea curarei, opiuului, *Claude Bernard* contribuie și direct la evoluția farmacologiei.

Grație medicinelor experimentate pe animale, ridicată la rang atât de înalt de *Flourens*, *Magendi* și mai ales de *Claude Bernard*, o serie de cercetători, ca *Vulpian* în Franța, *Mitscherlich*, *K. D. von Schroff* și *Gubler* în Germania, *Orosi* în Italia etc., caută acțiunea și modalitatea acestor acțiuni asupra organismului la o serie de substanțe și extracte de plante. Prin aceasta medicina experimentală este pusă direct în folosul Farmacologiei, care va evolua tocmai grație acestor colaborări. Așum apar: *iodul*, *bromul*, *bismutul*, *aurul*, *argintul*, cu săru-

riile lor, apoi mare parte din *antipiretice, anestezice, analgezice, sedative, hipnotice, diuretice*. Apar acum *digitala, teobromina, antipirina, strofantina, cafeina, cocaina, veronalul, cloroformul*.

Dar ceea ce, alături de medicina experimentală pusă de Claude Bernard, va revoluționa medicina, va fi *Bacteriologia* inițiată de Pasteur prin descoperirile sale asupra „*Cauzelor maladiilor contagioase*“, iar alături de aceasta *Chimia*.

Prin epoca pasteuriană se deschid alte orizonturi medicinei, îndrumând-o pe căi noi.

Patologia și terapia au în fața lor probleme, pe care medicina experimentală are a le rezolva.

Farmacologia legată de medicină experimentală prin nolle ei directive fiziologice, se află în același timp legată intim de terapie prin înseși țelurile ei și de aceea influența exercitată asupra ei de descoperirile pasteuriene, sunt cele mai importante, dar în același timp și cele mai fecunde.

Chimia în același timp în plină dezvoltare, va secondă în deaproape toate nolle probleme puse de medicina experimentală.

Colaborarea acestora cu Farmacologia a fost dintre cele mai intime, iar rezultatele acestei colaborări atât de fecunde, încât ele vor domina toată terapia modernă.

Pe acest trepted format de disciplinele experimentale: *Fiziologia, Chimia și Bacteriologia* își vor găsi un sprijin solid farmacologia, care-i va determina nolle ei orientări.

Drumul străbătut de Farmacologie în sec. XVIII, XIX și XX nu a cunoscut decât succese continue și în același timp cu ea și terapia, această știință care constituie și concluzia și rostul farmacologiei.

Abundența materialului, a autorilor, a lucrărilor și a rezultatelor din acest interval e atât de mare încât este imposibil a urma aceeași cale pe care am urmat-o până aici. De aceea, nu voi relata de aici încolo decât punctele cele mai principale, care au dus farmacologia la situația de azi.

Astfel drumul pe care-l va urma aceasta de aici înainte diferă de cel parcurs până acum. De unde până acum farmacologia era reprezentată numai prin vechea „*materia medica*“, morfologică și descriptivă, fără să părească această ramură a ei, ea va urma de aici încolo și drumul experimental fiziologic. Pe când prin *materia medica* farmacologia se ocupă numai cu recunoașterea drogurilor, descrierea lor, modul lor de preparare, conservarea lor, iar efectele lor numai prin observația cu totul empirică, de aici încolo, prin noua directivă experimentală, farmacologia are a se ocupa de acțiunea fiziologică a drogurilor, de modalitatea acestui acțiunii, de funcțiunea, aparatul, organul sau țesutul special asupra cărora se exercitează acțiunea

unei substanțe, ca și de partea activă din substanță prin care se exercită această acțiune.

Prin aceasta ea caută să pătrundă cât mai adânc în intimitatea procesului fiziologic și chimic, iar cunoscându-l să poată interveni cu succes în stabilirea unui echilibru funcțional, ce caracterizează o maladie.

Din faza ei descriptivă, empirică și de observație, ea a trecut astfel la cea experimentală, științifică și mai ales rațională.

De aceea farmacologia azi, prin aceste preocupări ale ei, este o știință pur experimentală, folosind aceleași metode pe care le folosește și fiziologia sau biochimia, transformându-se astfel într-o farmacologie critică. Rezultatele ei sunt de aceea cu totul obiective și supuse verificărilor ca orice știință experimentală.

Ea e considerată tocmai de aceea ca o știință făcând parte din biologie, ca o ramură a fiziologiei.

Dar pe când fiziologia studiază funcțiunile organismului viu în stare normală și naturală, pentru ca apoi prin ele să cunoască condițiile și legile de funcționare normală ale întregului organism, farmacologia studiază reacțiile acelorași funcțiuni sub influența diferitelor substanțe, căutând prin aceasta a reechilibra la nevoie funcțiunile deviate dela normal.

Legăturile ei cu fiziologia sunt însă necontestate, progresele uneia influențând pe celelalte; iar dacă fiziologia a dirijat mersul și a pus fundament cercetărilor farmacologiei, la rândul ei aceasta a contribuit și ea la clarificarea multor probleme de fiziologie.

Amintim astfel progresul fiziologiei, grație folosirii diferitelor substanțe cu acțiuni farmacodinamice, pentru diferitele ei cercetări. Astfel sistemul organo-vegetativ, acest sistem care domină în întregime toate actele noastre organice, s'a putut depista și face mai bine cunoscut în cea mai mare parte, acțiunile farmacodinamice a diferitelor substanțe ca: nicotinel, atropinel, adrenalinel, pilocarpinel, etc. Și ca și acestea multe alte mecanisme fiziologice și-au găsit explicația tot prin cercetările de farmacologie.

În curând îmbogățirea științelor experimentale și progresele neîncetate ale chimiei face ca farmacologia, pentru clarificarea multiplelor ei probleme, să facă apel din ce în ce mai mult la chimie.

Colaborarea cu aceasta se arată foarte fructuoasă, până într'atât, încât farmacologia nu se mai poate dispensa de chimie. Deși poate e exagerat a spune ca Pelletan: „*chimia a introdus știința în fiziologie*“, sau Grasset, care la unul din cursurile lui spunea entuziast: „*prevăd momentul când era chimiei biologice va succeda epocii microbiologiei*“ — trebuie să recunoaștem aportul covârșitor pe care chimia modernă l-a adus farmacologiei.

Astăzi chimia, jonglând cu nuclei și radicali, pe care îl poate amputa, sclinda sau suda, a izbutit a pro-

duce o serie de corpi noi, a căror acțiune domină toată terapia modernă.

Dacă am studia numai istoricul arsenicului cu compuşii lui, atât de utilizați azi, pe cel mai recent al sulfamidelor, sintetizarea vitaminelor și a produselor endocrine, etc., ar fi suficient a ne face o idee de legătura din ce în ce mai strânsă dintre farmacologie și chimie.

Grație concursului chimiei s'au putut face utilizați o serie de produși toxici sau s'au inventat alții noi.

Astfel ca un exemplu, plecându-se de la *Atoxil*, un produs arsenical netoxic, obținut pentru prima oară de *Bechamp*, și trecând prin o serie de corpi intermediari, chimia ajunge la salvarsanul și apoi neosalvarsanul lui *Ehrlich*, unde lucrările de chimie se găsesc pe aceeași linie cu cele de Pharmacodinamie. Exemplul arsenicului poate fi urmat de cel al antimonului, introdus în terapie încă de *Paracelse*, părăsit și reluat în ultimul timp de chimisții și concomitent de farmacologi ca *Roehl* sau *Eicholtz*, ducând la prepararea de produși care domină azi tratamentul tripanosomiazelor și altor maladii parazitare tropicale.

Între timp colaborarea dintre farmacologie și chimie duce la izolarea din plante a alcaloizilor și glicozizilor.

Se izolează astfel de către *Derosne* și *Seguin*, morfina (1816), *Pelletier* și *Magend* emetina (1817), *Pelletier* și *Caventou* strichnina (1818) și chinina (1820), *Meln* și *Brandes* atropina (1833), *Gernecke* cocaina (1855), *Voe* eserina (1865), *Gerard* și *Hardy* pilocarpina (1875), *Tanret* ergotina (1875), *Ladenbourg* hioscina (1881), *Schmidt* scopolamina (1890), *Pictet* și *Ratschy* nicotina (1904), și astfel apar rând pe rând și altele. Același lucru cu glicozizii, ca digitalina prin *Hömmel* și *Quevenne* (1844), obținută apoi cristalizată de *Nativelle* în 1868, *Lauro-cerasina* prin *Lehman* (1874), *Adonidina* prin *Cervelle* (1912), *strofantina* prin *Gerard* (1887), *Scilla* prin *Merck* (1879), ca și restul glicozizilor *Alloina*, *Salicairina*, *Jalapina*, *convularina*, *ipecacuanina*, etc.

Cercetările pentru a le avea cât mai stabile, cât mai active și cât mai pure, au dus la obținerea lor sub formă cristalizată, astfel cum le avem azi aproape pe toate. Dar nu numai din regnul vegetal, ci și din cel animal s'au făcut astfel de extrase. De când *Claude Bernard*, dar mai ales *Brown Seguard* în 1889 și *Landouzi* au arătat acțiunea extraselor de glande, farmacologii, fiziologii și chimisții experimentând rând pe rând toate glandele endocrine, izbutesc să le determine în același timp cu mare parte din acțiunea lor fiziologică și principiile lor active, reușind a le izola, creându-se astfel opoterapia și organoterapia. O parte din ele s'au obținut în pudră, altele, ca și pentru alcaloizi și glicozizi s'a reușit a le obține cristalizate. Astfel s'a obținut tiroidina cu tiroxina, insulina și angioxilul, adrenalina și cortina, foliculina și luteina, androsteronul, pituitrina și prolantul.

Colaborarea dintre farmacologie, chimie și celelalte ramuri experimentale au dus deasemeni și la alte descoperiri din ultimul timp. Așa e de exemplu cea a vitaminelor, denumire dată de *Funk* (1911) care izbutește a le izola și dovedește acțiunea lor fiziologică la care contribuie *Stepp*, *Hopkins*, *Mc. Collum*, *Erikman*, *Euler*, etc. Treptat apar astfel toate vitaminele cunoscute pe care lucrările de chimie reușesc a le preciza constituția și izola principiile lor cristalizate. De aceste operații se leagă numele lui *V. Karrer*, *Windaus*, *Grewe*, *Williams*, *Kuhn*, *Szent-Györgyi*, etc.

Progresele mari pe care le-a făcut chimia în ultimele decenii au impins și mai departe investigațiile ei în direcția preparatelor farmacoterapeutice, izbutind să se obțină multe din ele, și pe cale sintetică.

La început se sintetizează substanțele minerale, primul apărut fiind sulfonalul sintetizat de *Baumelster*, apoi antipirina de *Knorr*, fenacetinade *Duisberg*, pentru ca apoi treptat să se treacă și la sintetizarea produselor organice, arătată posibilă de la sintetizarea ureei din amoniac de *Wöhler* în 1828.

Se sintetizează de asemeni treptat produsele endocrine, parte din vitamine, alcaloizi, glicozizi etc.

S'a sintetizat astfel adrenalina prin *Stolz*, iar prin înlocuirea unora din radicalii adrenalinei: adrenalonul, noradrenalina, simpatalul apoi tiroxina, progesteronul, foliculina; alcaloizi ca: cocaina, atropina, nicotina, chinina; glicozizi ca: corpii digitalici, vitaminele. Cel mai mulți corpi sintetici au înlocuit însă produsele minerale din categoria antipireticilor, analgezicilor, anesteziecilor, hipnoticilor, antiinfecțioaselor. În ce privește această din urmă categorie, amintesc sulfamidelor, sintetizate de chimisții *Klarer* și *Mietsch* în 1932.

Toate acestea au influențat adânc mersul actual al terapiei diferitelor afecțiuni.

Dacă ne-am gândi numai la vindecarea actuală a sifilisului, a malariei, la ameliorarea diabetului sau vindecarea maladiilor prin carentă cași a atâtor altor maladii am înțelege și mai bine colaborarea dintre farmacologie și chimie. La munca chimistilor s'a asociat cea a farmacologilor, care prin experiențele lor a dovedit identitatea, sau diferența de acțiune față de produsele naturale a diferitelor substanțe, după care numai au putut fi introduse în terapie.

Prin aceasta s'a parvenit nu numai a se reproduce diferitele produse ale naturii, dar s'au edificat din nou corpi încă necunoscuți. Va ajunge oare chimia, după cum spunea entuziast *Grasset* să înlocuiască și Microbiologia?

De aceea dacă acțiunile empirice a medicamentelor, existentă până în secolul al XIX-lea s'au succedat acțiunea lor științifică și dirijată, care a revoluționat terapia, aceasta o datorăm tocmai acestei colaborări dintre Farmacologie și chimie. Totdeauna aceste discipli-

pline au fost apropiate servindu-se una pe alta, niciodată însă ca azi, după cum spunea Prof. Hörlein în 1932 la un congres din Wiesbaden, chimia nu a servit ca bază studiilor medicale și niciodată problemele medicale nu au arătat atâta interes pentru chimia de azi. Pe când, până de curând, relațiile dintre chimie și farmacologie se rezumau numai la cunoscuta „chimie farmaceutică” în ultimul timp orizontul de activitate a acestora s'a lărgit prin contribuția ei la cercetarea activității vitale a organismului, transformându-se într-o chimie fiziologică, din care și-a tras profitul Farmacologia, luând naștere *chimioterapie*.

În această colaborare, când chimia va produce corpuri noi, pe care Farmacodinamia le va studia efectele lor fiziologice și aplicațiile lor terapeutice, când invers farmacologia studiind diferite substanțe naturale va cere chimiei să le lămurească principiile active, să-l izoleze, pentru ca apoi să-l obțină în stare pură, cristalizate și apoi sintetizate.

Concomitent, în direcția bacteriologiei, lăsând constatările empirice a lui Jenner asupra variolei în 1879, începând chiar cu Pasteur, care deja oferă vaccinul antirabic, apar la intervale diferite folosirea serurilor și vaccinurilor, constituindu-se prin ele metode terapeutice speciale, *seroterapie* și *vaccinoterapie*. Seroterapia și vaccinoterapia, în afară de Pasteur sunt legate de numele lui Roux, Behring-Jersin, Sacquepée, Calmette, Ramon. S'a izbutit astfel, a se obține seruri și vaccinuri aproape contra tuturor maladiilor contagioase.

Tot de Farmacologie ține și ramura numită „Toxicologie”, știința amănunțită a toxicilor adică a acelor substanțe a căror acțiune în cantități mici pot provoca chiar moartea. Dar pe când chimistul se ocupă de constituția toxicului și a antidotului chimic respectiv, anatomul patolog de leziunile provocate de toxic, medicul legist de împrejurările intoxicației, farmacologul e acela care studiază efectele farmacodinamice a toxicului. El oferă astfel clinicianului semnele pentru a recunoaște toxicul, putând a interveni astfel cu antidotul corespunzător, studiat și pus la dispoziție tot de Farmacolog.

Ca și celelalte ramuri, necesitățile au îmbogățit și dezvoltat și pe aceasta transformând-o într-o disciplină uneori independentă, alteori atașată altora. Fundamentul ei științific, aparține însă farmacologiei, căci numai partea de farmacodinamie este capabilă de a oferi medicului elementele necesare cunoașterii și combaterii unor intoxicații, care face importanța acestei discipline și aceasta cu atât mai mult, cu cât, toate medicamentele sunt și toxice și toate toxicele sunt și medicamente, totul în funcție de doza administrată. Evoluția ei s'a făcut concomitent cu cea a farmacologiei, ca una a căror elemente descriptive, se confundă cu cele ale farmacologiei.

Nu directive experimentale de Farmacologie duc și la o revizuire de termen. Alături de vechea

„Materia medica”, descriptivă și morfologică, care se ocupă de procurarea drogului, de recunoașterea lui, de deosebiriile lui față de cele asemănătoare, ca și față de falsuri, de puritatea lui, de culoarea și recoltarea plantelor, ca și de exploatarea lor, se creează termenul de „*Pharmacologie experimentală*”, folosit de școala engleză și germană, sau pe cel mai curent de „*Pharmacodinamie*” adoptat de școala franceză și neolatina. Termenul de materie medica, deși menținut încă în parte și azi de școala engleză și franceză, este înlocuit cu cel de „*Farmacognozie*” introdus deja din 1815 de școala germană, când îl găsim figurând în lucrarea „*Analecta Pharmacognostica*” a lui Aenotheus Seydler, apărută la Halle. Folosit sporadic până la 1867, i se pun bazele definitive dela această dată de Flückiger, care-l precizează și delimitează sfera ei de preocupări.

Pe când până aci Farmacognozia se ocupa cu studiul descriptiv al drogurilor din toate cele trei regnuri, vegetal, animal și mineral, așa cum o definea încă la 1825 prof. Th. W. Chr. Martius dela Erlangen, de aci încolo drogurile minerale vor fi scoase, încredințându-se chimiei farmaceutice, rămânând ca Farmacognozia să se ocupe numai de primele două produse: *vegetale* și *animale*.

Școala franceză deși prin Perrot în 1908 își exprimă tendințele a introduce termenul de Farmacognozie în locul celui de „materie medicale”, (*Tiersch*), totuși nu s'a izbutit a fi introdus, și azi fiind încă folosit tot cel vechi.

În fine Flückiger, în primul rând și apoi Tiersch caută să o pună pe baze cu totul științifice, individualizând-o și separând-o complet în special de Botanică, unde ea constituia o anexă. Prin aceasta ea trebuie să aibă anexate în sfera ei *chimia, geografia, botanica, anatomia vegetală* și nu ea să fie o anexă a lor. Tiersch merge și mai departe și o împarte în 11 ramuri de preocupări, definind-o „*ca o știință a cărei scop este să cunoască în mod științific în toate direcțiile drogurile de origine vegetală și animală, cu excepția acțiunii fiziologice, să le descrie corect și să le înălțue într'un punct de vedere comun*”.

Farmacognozia, deși o ramură din Farmacologie ea constituie totuși un studiu independent în învățământul farmaceutic, unde e prevăzută ca o disciplină aparte și de o importanță fundamentală.

Pentru înțelegere, farmacognozia apelează la cunoștințele botanice, mai ales a anatomiei vegetale, fără de care nu se poate concepe farmacognozia, precum și la zoologie și mineralogie, pentru produsele ei animale sau minerale.

Astfel încât, de unde Farmacognozia constituia singură toată farmacologia, ea a fost înlocuită treptat cu farmacologia experimentală sau farmacodinamia, iar farmacognozia rămânând în învățământul medical pe

planul al doilea, redus, numai la părțile ei principale necesare completării farmacodinamiei. Totuși la unele facultăți de medicină, ea se predă și ca o disciplină aparte sub denumirea de „Farmacognozie” separată de Farmacologie, prin care se înțelege acum pe primul plan Farmacodinamia. Se accentuează astfel după cum vedem tendința de separare completă a Farmacognoziei. Destăgurat că progresele științifice făcute treptat, au îmbogățit încetul cu încetul fiecare ramură a medicinei, care apoi au simțit necesitatea să devină independente. Astfel s'au separat Patologia de Terapeutică, aceasta din urmă, care cuprindea la început Farmacologia, Farmacia și Terapeutică propriu zisă, s'a separat de asemenea în Farmacie, care a rămas numai cu prepararea medicamentelor și *Pharmacologie*, care cuprindea cunoașterea și aplicarea terapeutică a medicamentelor. În fine, cunoașterea proprietăților medicamentelor s'a separat prin *Pharmacognozie*, de cunoașterea acțiunii lor fiziologice trecute la *Pharmacodinamie*, și de aplicarea lor, de care are a se ocupa acum *Therapeutică* propriu zisă. Ele constituie azi prin preocupările lor, discipline cu totul aparte.

Parcurgând evoluția farmacologiei, o vedem progresând neîncetat, atât în ideile cât și în realizări, ridicându-se de la situația empirică pe care a ocupat-o până în secolul XIX, la cea științifică pe care o ocupă azi.

Sunt totuși probleme care se cer însă a fi rezolvate, pentru a se recompleta unele lipsuri ale Farmacologiei, în privința aportului ei terapeutic.

Astfel deși Farmacologia se bazează în cercetările ei pe Fiziologie, tendințele ei diferă de aceasta. Astfel acțiunile substanțelor aplicate în scop terapeutic, se vor referi nu la un organism normal, ci la unul bolnav cu reacții anormale — care nasc și se petrec într'un mediu deviat și intoxicat, pe a căror reacțiune de adaptare sau de apărare nu mai putem conta, ca la un organism sănătos. — Substanțele care intră în compoziția medicamentelor, avem a le administra deci nu organismului sănătos ci celui bolnav. La acesta din urmă în timp ce unele funcțiuni sunt alterate, altele rămân intacte; unele din ele devin alterate prin acțiunea agenților nocivi, iar altele numai prin ruperea echilibrului funcțional care le lega de cele alterate. Se naște astfel un complex de turburări, în care trebuie să deosebim leziunile organice de turburările funcționale.

Noțiunile de Fiziologie trebuie întregite deci cu cele de Patologie, ajungând deci la concepția fiziopatologică, nu numai în clinică, nu numai în terapeutică, unde Grasset a avut mult de luptat în susținerea acestui concept, dar chiar în farmacologie, unde găsim actualmente cea mai mare parte din școala germană.

Acesta e de altfel ultimul cuvânt azi în conceptul farmacologic.

De aceea gândirea Farmacologului modern din fiziologică trebuie să se transforme în fiziopatologică.

Cum experimentele de fiziologie ne înflăză numai asupra organismului normal, experimentele de farmacodinamie, trebuie să se adreseze de aceea și organismului bolnav, căci acțiunea substanțelor trebuie să o aplicăm nu organismului normal ci celui bolnav. De altfel se cunosc o serie de substanțe care nu acționează decât asupra unora din funcțiuni, numai când acestea sunt alterate; din contra când acestea nu prezintă nicio turburare funcțională, efectul acestor substanțe în dozele lor terapeutice rămân fără nicio semnificație.

Astfel: antipireticele acționează numai în caz de hipertermie, diureticele numai asupra unui miocard bolnav, diureticele numai în cazul unei deficiențe urinare, medicamentele specifice ca mercurul, arsenicul, sulfamidele, chinina, serurile, etc., numai în prezența agentului specific corespunzător. Cât privesc efectele lor de acțiune fiziologică normală, acestea sunt minime, cu totul secundare și fără nicio semnificație și utilitate pentru necesitățile noastre terapeutice.

Apare deci în farmacologie necesitatea de a crea experimentale sindrome și stări patologice, asupra cărora experiențele noastre trebuie să cerceteze acțiunea substanțelor.

Este de fapt concepția modernă, cuvântul de azi în farmacologie ca știință experimentală și de aplicație practică. La procedeele utilizate până acum, prin care s'a cercetat acțiunea unor substanțe asupra organismului în întregime, sau numai asupra unora din organe — izolate total sau parțial de organisme, trebuie să mai adăugăm altele noi, prin care să obținem sindromuri patologice diverse.

Apare deci necesitatea pentru farmacolog să cunoască bine anatomia, pentru ca prin cunoștințele sale să poată interveni operator sau să creeze operații, ori de câte ori necesitatea experienței o cere și să fie în același timp și fiziolog pentru a-și explica complexul de funcțiuni survenite, pentru a interpreta astfel adevărata acțiune a unei substanțe.

Fundamentul experimental al farmacologiei apare astfel și mai evident, iar fără acesta, orice aplicare practică a ei, rămâne fără sens.

Cu toate acestea, Farmacologia deși știință experimentală, ținând seamă de scopul ei la rândul ei, nu se poate dispensa de clinică. Clinica în ce privește partea practică de eficacitate și aplicare terapeutică are acl ultimul cuvânt, căci nu se poate afirma și generaliza cele constatate de noi în laborator pe animale, cu cele care vor avea loc asupra bolnavului.

Nu numai după observații obiective și îndelungate, nu numai după ce statistica și coroborarea diferitelor date și observațiunilor ne înfățișează adevăratul efect util al

unul preparat, acesta trece definitiv în arsenalul terapeutic uman. Dacă în cele mai multe cazuri, există aproape o identitate de acțiune, între cele constatate pe animale și pe om, în alte cazuri există însă mari diferențe, de care trebuie să ținem seama. Cazul atropinei fără efecte asupra rozătoarelor, însă foarte toxice la om este exemplu edificator.

Colaborarea dintre farmacologie și clinică, este de aceea indispensabilă și fără o acțiune comună — cercetările noastre experimentale rămân simple teorii, fără nicio aplicare — căci numai la patul bolnavului învățăm terapeutică practică.

Această colaborare dintre farmacologie și clinică, dintre rezultatul experimentelor de farmacologie și aplicarea practică la om, a dus la crearea termenului de „*Pharmacoterapie*”. Acest termen în înțelesul lui strict, ar traduce aplicarea terapeutică a tuturor drogurilor cunoscute în arta de a vindeca, indiferent dacă acțiunea lor, a fost sau nu cercetată experimental. Cum acest termen e prea larg și nu exprimă corect o gândire științifică, el trebuie înlocuit cu cel de „*Pharmacodinamie aplicată*”, care exprimând ideea științifică a aplicării terapiei a substanțelor cu acțiune experimentală studiată, e mult mai potrivit.

Urmărind deci, evoluția Farmacologiei, îl vedem drumul ei lung, cel mai lung, paralel cu cel al medicinei, și al terapiei, scopul medicinei.

Necesitățile cunoașterii drogurilor vindecătoare, această necesitate primordială a omului, l-a favorizat desigur ascensiunea ei treptată, netezindu-i calea. De aceea toți l-au favorizat această ascensiune, căci toți aveau nevoie de ea, necunoscând piedicile pe care le-a cunoscut anatomia de exemplu. Din contra Farmacologia cu Terapeutică s'au bucurat de prea multă libertate chiar. Observația la început, progresele științei apoi, au fost acelea care stau la baza dezvoltării ei. Colaborarea și relațiile intime ale ei, cu celelalte ramuri ale științei medicale, făcea ca la început să fie confundată cu însăși medicina și cu terapeutică. Treptat însă ea se individualizează, separându-se de Farmacie și de Terapeutică, cum o găsim azi, ea rămânând numai a se ocupa cu recunoașterea drogurilor, și cunoașterea acțiunii lor asupra organismului. Totuși importanța ei e

mare, căci fără aceste cunoștințe orice terapeutică rațională e imposibilă. De aceea ea trebuie să se găsească la baza studiilor medicale ca o disciplină fundamentală, căci „*Știința nu constă numai din fapte ci și din consecințele care se pot trage*” spunea înțelept Claude Bernard. Și-o fi amintit desigur Claude Bernard, spunând acestea, de timpul când era practicant într-o farmacie la Lyon și se va fi gândit, mestecând drogurile care aveau să alina atâtea suferințe, la adevăratele consecințe ale acestor mari științe, care este medicina.

Bibliografie

1. Ch. Daremberg: Histoire de sciences médicales. Baillière, Paris, 1870.
2. Puschman: Geschichte der Pharmakologie und Toxikologie, 1903.
3. Grasset: Thérapeutique générale. Masson, Paris, 1913.
4. J. L. Faure: La vie de Claude Bernard. Crès et C^{ie}, 1925.
5. A. Martinet: Thérapeutique clinique. Masson, Paris, 1926.
6. Em. Dufau et L. G. Taraude: Notions pratiques de Pharmacie. Vigot Frères, 1930.
7. Lipowsky: Moderne Pharmakotherapie. Steinkopf, Leipzig, 1930.
8. H. Handowsky: Pharmakologie in ihren modernen Problemstellungen. Steinkopf, Leipzig, 1931.
9. A. Tschirch: Handbuch der Pharmakognosie. Leipzig, 1932.
10. René Dumesnil: Histoire illustrée de la médecine. Plon, Paris, 1935.
11. Richaud et Hazard: Précis de Thérapeutique et de Pharmacologie. Masson, 1935.
12. P. Delore: Tendances de la médecine contemporaine. Masson, Paris, 1936.
13. Beyer: Médecine et chimie. Vol. I—IV. 1933—1942.
14. H. H. Meyer: Wesen und Sinn der experimentellen Pharmakologie — in Handbuch der experimentellen Pharmakologie. Springer, Berlin 1935.
15. L. Planchon et Ph. Bretin: Précis de matière médicale. Maloine, 1936.
16. Paul Savy: Traité de Thérapeutique clinique. Masson, 1936.
17. André Brunel: Les idées créatrices dans l'évolution de la médecine. Paris, 1937.
18. S. Madaus: Lehrbuch der biologischen Heilmittel. Leipzig, 1938.
19. M. Loeper: De la Sémiologie à la Thérapeutique. Doin, Paris, 1938.
20. Eichholz: Lehrbuch der Pharmakologie. Springer. 1939.



„In rezumat se poate constata că Paspap, pe baza amestecului său antigen polivalent, produce o desensibilizare nespecifică a organismului în Astma bronchială și în bronșitele astmaticilor.

Paspap este în măsură să înlocuiască, în majoritatea cazurilor, desensibilizarea specifică. La o selecțiune minuțioasă a cazurilor și observarea exactă a prescripțiilor de întrebuințare și de dozare, se obțin vindecări durabile, respectiv importante ameliorări.”

Dr. M. HERMANN „HIPPOKRATES”
1940. Heft 31.

PASPAT

pentru desensibilizare în

ASTMA BRONCHIALĂ

și

RHINITĂ VASOMOTORICĂ

la orice vârstă chiar și la copii.

Fiole pentru scarificațiuni

Literatură vă stă cu plăcere la dispoziție

LUITPOLD-WERK, MÜNCHEN

Depozit permanent al preparatelor Luitpold-Werk în România:

„DROGUERIA STANDARD” S. A. R.

București I — Str. Sf. Ionică, 8

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree

sindromul gastro-
cardiac

meteorism



Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Dodonal



Înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0.3 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Apele noastre cloruro-sodice-iodate și valoarea lor terapeutică

de

Dr. Eugen Morariu

Teritoriul țării noastre, oferă o mare bogăție de ape minerale de cea mai variată compoziție. Domeniul lor de aplicațiune terapeutică era destul de vast, fără ca totuși să compenseze în totul valoarea lor curativă din cauza tendinței, destul de accentuate, de a se da preferință stațiunilor balneare străine, a căror factori de tratament erau în multe cazuri nu cu mult superiori, celor dela noi. În actualele împrejurări, când suntem nevoiți să face uz numai de posibilitățile balneare proprii de tratament, ni se pare indicat să insistăm asupra apelor minerale cloruro-sodice-iodate, care din cauza componenților lor importanți pot să ne dea rezultate de tratament dintre cele mai bune în îmbolnăvirile adecuate acestor terapii.

Apele noastre cloruro-sodice-iodate le întâlnim pe ambele versante ale Carpaților meridionali și de răsărit și stau în strânsă legătură cu masivele de sare din regiunile respective. Masivele acestea de sare derivă, ca sedimente, din mările de odinioară care acopereau pe de-o parte podișul actual al Transilvaniei, pe de alta, zona din afară lanțului carpatin, începând din Moldova și până în Oltenia. Originea unor straturi atât de groase de sare, cum se întâlnesc de-a-lungul Carpaților, este fără îndoială de proveniență sedimentară, mai ales că găsim concomitent cu clorura de sodiu și alte săruri-bromuri, ioduri, sulfati, carbonati, — care intrau în compoziția apei marine de odinioară. Apa mărilor și oceanelor constituie și astăzi ca și în trecutul geologic al globului rezervorul cel mai mare de sare din natură și tot în apa marină se găsește și rezerva de iod a globului. Apa de infiltrație ajungând în contact cu straturile sedimentare de sare le disolvă și ajunge din nou, la suprafață, ca izvoare mineralizate. Toate izvoarele noastre cloruro-sodice-iodate se găsesc în regiuni de roce sedimentare; apele juvenile chiar dacă conțin cantități apreciabile de clorură de sodiu sunt în general lipsite de iod, iar acelea care totuși conțin acest element, l-au împrumutat dela rocele sedimentare cu care au venit în contact în drumul lor spre suprafață. Deși avem în țară foarte numeroase izvoare sărate numărul acelor care să conțină iod în cantitate mai mare este relativ mic, fiind dependente de anumite regiuni. Astfel de izvoare se găsesc mai ales la periferia subcarpaților meridionali și de est — în zona oligocenului și eocenului — unde de astfel se

întâlnesc frecvent și incluziuni de petrol și alături de ele zăcămintele de ape veterice cu conținut bogat de sare și iod.

Din punct de vedere balneologic împărțim apele cloruro-sodice în două grupuri distincte: unele, a căror conținut în clorură de sodiu este sub 15 gr la 1 litru, și sunt susceptibile administrării pe cale digestivă și altele, a căror concentrație este mult mai mare, putând ajunge până la saturație și pot fi aplicate numai extern sub formă de băi, de pulverizații, comprese sau irigații. Pentru ca o apă minerală să aibă și calificativul de apă iodurată trebuie să conțină cel puțin 1 mgr iod la 1 litru apă minerală, limită inferioară care mai e în măsură să producă efecte farmacodinamice și terapeutice. Noi posedăm numeroase izvoare sărate cu un conținut de iod mult superior acestei limite, izvoare care contează ca cele mai bogate ape iodate de pe continent.

Înafara Carpaților apele minerale cu cel mai mare conținut de iod le avem la *Govora (Vâlcea)*. Unele din izvoarele stațiunii sunt puțin mineralizate putând să fie aplicate pe cale digestivă, iar altele, prin concentrația mare ce o au, nu pot să fie aplicate decât extern. Cea mai importantă sursă este *izv. Brătianu* cu 0,204 iod la o mineralizare totală de 98,626 gr săruri la litru; urmează apoi *izv. Ferdinand* cu 0,02 gr săruri iodate, și *izv. Nou*, cu 0,290 gr NaJ la litru. Apa minerală de *Bușteni (Prahova)* conține 0,0015 gr iod și cea de *Predeal* 0,032 gr; amândouă sunt întrebunțate numai în cura internă. Stațiunea balneară *Olănești (Vâlcea)* contează între cele mai importante stațiuni iodate având, pe lângă un izvor cu un conținut de 0,0342 gr iod, o serie de alte izvoare, cu conținut mai mic între 0,0007 gr și 0,0019 gr iod. La *Vulcana (Dâmbovița)* avem o mulțime de izvoare cloruro-sodice-iodate, unele dintre ele conținând până la 0,113 gr iod la 1 litru apă minerală și fiind socotite ca unele dintre cele mai bogate ape iodate din Europa (Bernath), iar la *Săcelu (Gorj)* se găsesc câteva izvoare minerale care se bucură de renumele de a da rezultate bune în tratamentul gușei, cum ar fi *izv. Nr. I*, cu 0,0141 gr NaJ; *izv. Nr. II*, cu 0,025 gr NaJ și *izv. Nr. III*, cu un conținut de 0,0034 gr NaJ. Apa sărată dela *Sărata-Monteoru (Buzău)* conține săruri iodurate în cantitate de 0,018 gr sub forma de MgJ_2 , iar la *Nastasachi (Bacău)* sunt două izvoare cu 0,0008 gr și 0,0013 gr iod, la

mineralizare totală de 13,9 respectiv 14,74 gr săruri la litru.

Dintre stațiunile balneare din Transilvania, cantitățile cele mai mari de iod le găsim la *Bazna* (Târnavă-Mică), care conține 0,0179 gr iod la o mineralizare totală de 37,15 gr săruri la litru, găsiindu-și aplicațiune numai extern, iar la *Rodbav* (Făgăraș) se găsesc două izvoare cu 0,00334 și 0,00049 gr iod, pe lângă o concentrație totală de săruri redusă.

Pe lângă aceste stațiuni mai trebuie să ținem în considerare, pentru conținutul lor în iod, apele limanurilor și a Mării Negre, aceasta din urmă conținând la litru de apă o cantitate de 0,0031 gr. iod, și apele veterice din regiunile petrolifere și din regiunea de gaz metan din Transilvania.

În legătură cu conținutul mare de iod al Mării Negre trebuie să presupunem, că și aerul atmosferic dela litoral să aibă un conținut mai mare de iod decât interiorul țării sau decât atmosfera Transilvaniei unde, din cauza lanțului carpatin, sunt mai puțin resimțite vânturile dinspre această mare. Că intradevăr atmosfera litoralului conține cantități mai mari de iod decât interiorul continentului a demonstrat-o pentru prima dată Gautier, care a analizat conținutul în iod din aerul atmosferic al Parisului și a litoralurilor Franței, găsiind la acestea din urmă cantități mult mai mari. În apa Mării Negre iodul se găsește sub formă destul de labilă de NaJ din care ușor se pune în libertate elementul singur și poate să acționeze asupra organismului; în limanuri el este mai ales legat de complexul organic al viețuitoarelor, iar rolul său terapeutic este foarte redus.

În zona noastră petroliferă se produc adeseori erupțiuni de ape veterice sărate cu conținut bogat în iod, mai ales în legătură cu sondajii noi sau la perforările adânci în sinclinales în care se găsește colectat petrolul. Aceste erupțiuni accidentale de ape veterice iodate nu au prea mare importanță balneologică din cauza, că nu au un debit constant și nu se cunosc rezultate de tratament obținute prin aplicațiunea lor. Mai mare valoare au apele veterice din câmpia Transilvaniei și din regiunea Buzăului, care apar la suprafață sub forma de izvoare, care antrenează detritusuri de rocă friabile pe care le depozitează în jurul gurei izvorului sub formă de mici conuri. Izvoarele de acest fel sunt cunoscute sub denumirea de „salțe” sau „fierbători” sau „vulcani de noroi”. Deși nu avem date asupra conținutului lor în săruri și iod, trebuie să presupunem, datorită originii lor, că au un conținut remarcabil de iod. Apele veterice din regiunile petrolifere și de gaz metan nu sunt întrebunțate ca factori de tratament decât într-o măsură redusă de către populația locală, deși le considerăm de mare valoare, trebuind să fie introduse ca factori de tratament curenți.

Ca valoare terapeutică apele sărate-iodate cumulează acțiunea celor două elemente care le compun: clorura de sodiu și iodul, iar în raport cu mineralizarea lor totală avem posibilitatea administrării lor interne sau a aplicațiunii externe. Pe noi, din punct de vedere balneologic, ne interesează în primul rând aplicațiunea externă a acestor ape din motivul, că maladiile organelor interne adecuate unei terapii iodate se tratează în marea lor majoritate prin administrarea farmaceutică a acestui element, deși administrării apelor iodate îi poate surveni un rol important în pasajul iodului prin organism.

Acțiunea băilor sărate se exercită asupra tegumentului, asupra acestui înveliș cu funcțiuni complexe. Efectul local și momentan al balneatiunii cu ape sărate este o împereșare ușoară a tegumentului ca rezultat al acțiunii fizice — temperatură, concentrație, și în legătură cu aceasta presiune hidrostatică și osmotică — și a acțiunii chimice.

Condițiunile de potențial electric a apelor sărate de baie în raport cu organismul are de asemenea un rol în efectul terapeutic. Diferența de concentrație și de încărcare electrică între cele două medii — intern a organismului și extern a mediului de baie — acționează prin intermediul firsoarelor vegetative asupra funcțiunilor vitale, circulație, nutriție, glande endocrine și organe hematopoetice.

Diferența de concentrație osmotică între apa de baie și țesuturile cu care vine în contact dă naștere la modificări în jocul vaselor periferice și în funcțiunea celulelor și țesuturilor. Modificările vasculare nu rămân localizate numai la nivelul tegumentului și a straturilor superficiale, ci se produc în mod reflector acțiuni la profunzime mai mare și la nivelul focarelor inflamatorii. Modificările circulatorii la nivelul proceselor inflamatorii aduc o nutrițiune mai bună și condițiuni mai favorabile pentru rezorbție. În afară însă de modificările circulatorii cantitative se produc și modificări calitative ale sângelui în sensul de urcare a numărului leucocitelor, o accentuare a activității fagocitelor, acțiuni de cea mai mare valoare pentru rezorbție și vindecarea proceselor inflamatorii cronice. Aceste modificări sunt cu atât mai explicabile, cu cât prin băile sărate se influențează numărul infim de firsoare vegetative din tegument.

Din apele sărate se depozitează în tegument cristale foarte fine de săruri, care rămân să acționeze de lungă durată și să mențină un permanent joc osmotic în celulele tegumentului, unde de altă parte iau naștere anticorpi ce se resorb, iau naștere substanțe cu caracter imunizant și cu proprietăți vindecătoare. Acțiunile din tegument se produc în sensul „esofilaxiei” lui Eric Hoffmann, în sensul imunizării cu punct de plecare din învelișul extern al corpului.

Aplicate sub formă de băi, apelor sărate iodate le revine o mare valoare terapeutică mai ales în afecțiunile inflamatorii cronice ale țesutului mezenchimal, unde pe lângă NaCl, își manifestă acțiunea și favorizează vindecarea și cantitatea mică de iod. Deși în mod normal pielea intactă nu poate să rezoarbă ioduri alcaline, formă sub care se găsește iodul de cele mai multe ori în apele minerale sărate, efectele terapeutice sunt totuși mai bune prin apele sărate iodate, decât prin acelea care conțin numai NaCl și aceste efecte mai bune stau probabil în legătură pe de o parte cu retenția temporară de NaCl și iod în tegument de unde apoi să exercite o acțiune de durată, iar de altă parte, iodul însuși poate să acționeze atât din tegument, cât și rezorbt pe cale inhalatorie sau tegumentară. Acțiunile și reacțiunile ce se petrec în tegument sub acțiunea apelor sărate și iodate sunt foarte complicate și nu pe deplin clarificate.

Rezorbția iodului poate să se producă din baie nu numai pe cale tegumentară, ci și prin inhalatie. Prin temperatura ridicată a apei de baie are loc evaporare de la suprafață și odată cu evaporarea de apă sărată sunt antrenate și sărurile de iod din iodurile labile. Sumațiunea cantităților de iod rezorbite prin tegument și pe cale inhalatorie vor fi suficiente pentru a produce efecte evidente, iar în combinațiune cu acțiunea clorurii de sodiu să potențeze efectele curative.

Iodulul pătruns în organism fie din apa clorurosodică-iodată aplicată sub forma de baie, de inhalatie sau pe calea tubului digestiv, îi revine o acțiune generală asupra organismului prin influențarea activității glandei tiroide, prin acțiunea ce o are asupra sistemului vascular atât general, cât și local la nivelul focarelor de inflamațiune cronică. Rolul iodului pentru buna funcțiune a tiroidei a fost recunoscut abia după studiile ce s'au făcut asupra patogeniei gușei, mai întâi în Elveția, apoi în Germania și la noi. S'a văzut că în regiunile în care gușa se întâlnește endemic cantitatea de iod din apele potabile, din aerul atmosferic și din vegetație este mai redusă ca în alte regiuni în care nu întâlnim modificări funcționale și morfologice ale tiroidei. S'a constatat, că o persoană provenind dintr-o regiune gușată, chiar dacă nu prezintă mărirea în volum a tiroidei, elimină zilnic cantități de iod de 3—4 ori mai mici decât o persoană cu metabolismul iodului echilibrat. Pe baza acestor constatări s'a preconizat și s'a pus în consumație, în regiunile endemice gușate, sare iodată. Și la noi s'a început o acțiune în acest sens imediat după războiul trecut, punându-se în consum sarea iodată extrasă din lacul Tuzla. Nu știm dacă și astăzi se mai dă aceeași atențiune regiunilor gușate și dacă se mai aplică măsurile profilactice din trecut.

Asupra sistemului vascular iodul produce vasodilatație și diminuează viscozitatea sângelui. Deși după far-

macologul Meyer iodulul nu l-ar reveni vreo acțiune vasodilatatoare, iar rezultatele favorabile obținute în arterioscleroză s'ar datora numai diminuării viscozității sângelui, cercetări mai nouă au demonstrat, că iodul poate să producă dilatația arterelor coronariene și la diluții mari de unu la mai multe milioane. Or, concentrația iodului în sânge fiind extrem de mică, de câteva gama la sută, putem ușor accepta, că și cantitățile mici din apele iodate utilizate în scop terapeutic sunt în măsură să-l mărească concentrația în sânge și să producă dilatație vasculară. Cercetările experimentale sunt confirmate neîndoiel de observațiunile clinice din stațiunile balneare cu ape iodate, în care beneficiază în mare măsură pacienții cu afectarea aparatului vascular, cu leziuni arteriosclerotice și cu hipertensiuni arteriale susceptibile unei balneoterapii. Tot din cauza vasodilatației apele sărate-iodate acționează favorabil asupra astmului; aici îi revine iodului rol și prin fluidifierea secrețiilor bronchoalveolare și eliminarea lor mai ușoară.

Dar în afară de aceste acțiuni generale, iodul are proprietatea, după cercetările lui Loeb și Michaud, de a se acumula la nivelul ganglionilor scrofuloși, iar Hesse a observat, că procesele inflamatorii în jurul cărora se acumulează iodul se rezorb mai repede. Această rezorbție este datorită vasodilatației și schimbării condițiilor nutritive locale. La focarele izolate, cum sunt ganglionii scrofuloși, aceasta acțiune este mai evidentă; dispariția ganglionilor tumefiați prin balneatiunea cu ape sărate-iodate este un fapt binecunoscut și de marele public nu numai de acela care indică acest tratament. În procesele inflamatorii cronice, interesând suprafețe mai extinse procesul de vindecare este tot atât de favorabil, dar evoluția vindecării este ceva mai înceată.

Prin acțiunea generală simultană asupra întregului organism, apele sărate-iodate influențează favorabil procese inflamatorii cronice cu cea mai variată localizare ca ganglionii, afecțiunile osteo-articulare de natură reumatică sau de altă natură, afecțiunile ale seroaselor abdominale, pleurale și mai ales plvienne, afecțiuni care interesează sistemul nervos periferic din domeniul nevralgiilor și nevritelor. Toate aceste localizări inflamatorii sunt bine influențate mai ales, că aproape toate au aceeași natură inflamatorie cronică susceptibilă unei balneoterapii cu ape sărate.

Dacă balneoterapia cu ape sărate-iodate își găsește un domeniu atât de vast de aplicațiune, gradarea tratamentului trebuie să fie făcută în raport cu starea pacientului, ținând seamă de natura îmbolnăvirii, de stadiul în care se găsește boala, de coafectarea altor organe și sisteme și de starea momentană a pacientului. Cum izvoarele noastre sărate-iodate se găsesc în majoritatea lor în climat subalpin, nu vom avea să facem o individualizare prea strictă a stațiunilor recomandate. Doar

climatul de stepă în care sunt situate lămanurile va trebui avut în vedere atât din cauza acțiunii excitante și rezorbante a climatului, cât și din cauza insolației puternice. Vom recomanda tratamentul în diferitele stațiuni mai mult în raport cu temperamentul bolnavilor, cu etatea și cu rezultatul momentan ce urmărim. Acolo unde urmărim o rezorbție accentuată a exudatelor și a proceselor inflamatorii vom prefera stațiunile din climatul cu stepă, care potențează resorbția; dacă starea generală este mai slabă, cu subfebrilități, cu semne de proces activ sau evolutiv unde nu intenționăm o rezorbție prea repede, vom da preferință stațiunilor din climatul subalpin, la climatul constant-calmant, fără contraste de temperatură, fără vânturi și cu o insolație moderată.

Balneoterapia la domiciliu cu săruri iodate este mai puțin recomandabilă, din cauză, că un tratament

balnear necesită întreruperea activității obișnuite a pacientului, necesită ieșirea din mediul său obișnuit de viață și acordarea întregii atenții numai tratamentului. Efectuarea unui tratament balnear la domiciliu, în timpul disponibil dintre orele de ocupație, după oboseala muncii de peste zi, are efecte de vindecare mai încete și incomplete. Balneoterapia cu ape sărate și iodate este un tratament care angajează întreg organismul, un tratament care necesită mobilizarea forțelor proprii de apărare ale organismului în vederea combaterii procesului morbid, în timpul cărui bolnavul este îndrumat să se odihnească cât mai mult. Față de condițiile de astăzi suntem nevoiți să admitem și la domiciliu tratamentul balnear cu săruri iodate, considerându-l însă de eficacitate relativ redusă.

CLINICA BALNEOLOGICĂ ȘI DIETETICĂ

Director: Prof. Dr. M. Hângănuț

Note și informațiuni

Concursul de externat în medicină se amână pentru data de 1 Dec. 1944, cel de internat pentru data de 15 Ianuarie 1945.

Cererile de înscriere vor fi depuse la Ministerul Sănătății, Calea Plevnei Nr. 19, Direcția Personalului, pentru concursul de externat cu începerea dela 1 Nov. 1944, iar pentru internat cu începerea dela 15 Decembrie 1944.

În Monitorul Oficial Nr. 238/1944 au apărut numirile noulor rectori și decani din învățământul superior.

La Universitatea din Cluj au fost numiți: d-l prof. Al. Borza, rector, d-l prof. R. Bollă, decan al Fac. de Drept, d-l prof. C. Dălcoviciu, decan al Fac. de Litere și Filosofie, d-l prof. Th. Angheluță, decan al Fac. de Științe, d-l prof. I. Gola, decan al Fac. de Medicină.

Rector al Universității din București a fost numit d-l prof. D. Danielopol, rector al Universității din Iași, d-l prof. Al. Miller, decan al Fac. de Medicină din București, d-l prof. Gr. T. Popa, decan al Fac. de Medicină din Iași, d-l prof. D. Tupa.

D-l prof. Dr. Combleșcu Dumitru, director de secție la Institutul de Seruri și Vaccinuri „Prof. Cantacuzino” și

D-l Dr. Negulescu Dumitru, au fost numiți Secretari generali la Departamentul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

La Ministerul Sănătății s'a făcut următoarea mișcare în personal:

D-ra Dr. Tîeranu Eugenia s'a numit definitiv medic al circ. Mănăstur, jud. Severin.

Dr. Nijbitchi Olga, medic prov. al circ. Alton, jud. Cluj—Turda, se transferă în aceeași calitate la circ. Lăpușna, același județ.

Dr. Peter Otilia, se numește prov. la circ. Alton, jud. Cluj—Turda.

Dr. Lidia Rădulescu, medic prov. la circ. Stelderdorf—Anina, s'a lăsat în disponibilitate pentru neprezentare la post.

Dr. Fănățeanu Valeriu, se numește definitiv medic la circ. Macea, jud. Arad.

Dr. Constantinescu Corneliu, se transferă definitiv după cerere la circ. Vulcan, jud. Hunedoara, pe 1 Octombrie 1944.

Dr. Stanclu Ioan, medic-șef de serviciu în Min. Sănătății, se transferă definitiv ca medic al circ. Ineu, jud. Arad.

Dr. Grădina Constantin, medic definitiv al circ. Sîta—Buzău, se transferă după cerere la circ. Intorsura Buzăului, jud. Brașov.

Dr. Toporaș I. Miluță, se numește prov. până la concurs, în postul de medic secundar dela Spitalul județean Turda.

Dr. Corlățeanu Gheorghe, se transferă definitiv, în postul de medic al circ. Stelderdorf—Anina.

Dr. Frățeanu Eusebiu, se transferă definitiv în postul de medic al circ. Răcășdia, jud. Caraș, pe 1 Noemb. 1944.

Dr. Teohari Petre, medic al circ. Sacosul Turcesc, jud. Timiș, se transferă definitiv la circ. Băneasa.

Dr. Lucescu Anibal, medic secundar cu concurs, se transferă în postul de medic secundar, serviciul chirurgical dela spitalul Mărzescu Brașov.

+ Dr. Elena Baroni

Născută la Ploiești la 25 Iulie 1895 — decedată la Mohu-Sibiu la 28 August 1944.

Asistentă la Institutul de Bacteriologie din 1928, apoi șefă de lucrări.

O mare durere ne-a sfâșiat inimile, Elena Baroni s'a stins după ce a dus tot amarul pribegiei și înaltele ca să se poată bucura de reînvierea bucuriei.

Pierderea pentru Facultatea noastră e ireparabilă, e tot atât de ireparabilă ca și pentru soț și familie. Elena Baroni a fost o pionieră a învățământului la Cluj. Alături de soțul ei, ea a pus bazele învățământului și a Institutului de Bacteriologie. Harnică la extrem, învingând cu o voință fără preget slăbiciunea trupului, ea nu cunoștea odihna, când era vorba de învățământ și de Facultate. Serii întregi de studenți și-au însușit tehnica bacteriologică și elementele de bază, dela această unică în devotament asistentă universitară.

Dar devotamentul ei nu se oprea numai la partea didactică. Același devotament îl găsim în lucrările științifice atât de valoroase asupra cancerului și asupra culturilor de țesuturi in vitro, inițiate împreună cu soțul în Institutul de Bacteriologie.

Devotamentul, această însușire măească a unei femei, îl găsim repetându-se mereu ca un leit-motiv în toate acțiunile ei. Devotament pentru soț, căruia i-a închinat timpul lăsat liber de laborator, și pe care l'a urmat cu entuziasm la Cluj, renunțând la o situație privilegiată la Comisiunea Europeană a Dunării din Sulina, devotament pentru familie pe care a lubit-o atât de mult, devotament către țară, față de înălțarea căreia a avut totdeauna o viziune și o siguranță aproape profetică.

Lovită crunt de o boală nelertătoare, Elena Baroni parcă și-a impus cu voința viața până la ultimul efort, numai și numai din spirit de devotament. A fost în acest sens o sacrificată. Fiindcă de multă vreme ea căpătase seninătatea și înțelepciunea inevitabilului. Este una din tragediile vieții noastre de medici, de a-ți constrânge iubirea, de a-ți înăbuși aspirațiile și de a do-

bândi prin boală, această elevațiune atât de pură în fața morții.



Durere mare pentru soț, familie și pentru noi toți. Azi când suntem pe pragul unei fericiri fără seamăn în viața noastră, de a ne întoarce la locul legitim al acestei Facultăți, loc care ne este tot atât de scump ca și viața noastră, iată că sufletul ei bun și animator nu va participa la fericita pogorire a Feleacului. Noi însă ne legăm să-i ducem amintirea în această triumfală ofensivă ca pe un standard al biruinței, în care totdeauna a crezut.

În numele Facultății de Medicină aduc regretele îndureratului soț, îndureratei familii și nouă înșine, prietenii și colaboratorii ei, cărora ne lipsește tot atât de mult ca și lor.

Fie-l amintirea veșnică.

Prof. Victor Papilian

+ Dr. Ștefan Preotesoiu

1908—1944.

Doctorul Ștefan Preotesoiu, fost asistent al Clinicii Medicale II din Cluj și medic în Câmpina, s'a stins din viață în floarea vârstei, după scurte dar grele suferințe, rănit în cursul unui bombardament de aviație.

Vlăstar al unui vrednic funcționar de cale ferată din Băilești Doljului și crescut în cultul muncii și al cinstei, a știut să se afirme încă dela începutul pregătirii sale medicale și să-și asigure dragostea întregului

corp studențesc și prețuirea din partea profesorilor. Încredințat cu direcția cantinei studenților, a realizat în foarte bune condiții pentru etapa aceea de început, posibilitatea ca marele număr de studenți săraci, ce nu încăpeau în cămine, să se poată hrăni ne speculați, cu



o hrană curată și substanțială.

Ajuns la sfârșitul anilor de studiu în cursul cărorora petrecuse, ca extern, o bună parte din timp la patul bolnavilor, și-a dat seama că pentru practica medicinei interne, care îl atrăgea în deosebi, trebuia să se pregătească încă ani îndelungați în clinică. Și și-a sacrificat cu drag cel mai frumos șapte ani al tinereții pentru aceasta, ducând împreună cu soția și fetița sa, o viață plină de privațiuni.

Lucrând ca preparator și apoi asistent, în clinicile medicale ale profesorilor Hațieganu și Gola și-a câștigat o foarte frumoasă pregătire de specialitate, pe care și-a completat-o apropiindu-și și cunoștințele de electrocardiografie, fiziologie și radiologie medicală. În cursul acestor ani a publicat mai multe lucrări științifice în revistele de specialitate și a fost unul dintre cei mai activi membri ai comitetului de organizare al Congresului de Radiologie din 1937.

Stabilit în 1940 în orașul Câmpina a practicat medicina internă și radiologia și s'a dovedit din primul

moment a fi un medic desăvârșit, acreditând și în terenul său de activitate prestigiul medicinei clujene.

O mare parte a ultimilor patru ani și-a trăit-o însă pe front, unde și-a făcut, în linia întâi, nepricușit, pe deplin, datoria.

Scăpat de focul frontului și abia întors acasă, a fost grav rănit în cursul unui bombardament de aviație și, cu toate îngrijirile date, a murit a doua zi.

O inteligență vie și o fire foarte sensibilă, gata ori când să lupte pentru o idee și să moară pentru un ideal, Doctorul Ștefan Preotesolu a plecat din viață tocmai în momentul când, după ani de sbucium, părea că își atinsese idealul.

Moartea lui nu îndolază numai o soție, o fetiță, o soră și pe părinții neconsolați, ci lipsește un întreg colț de țară de binefaceri pe care le săvârșea un medic cu adevărat bine pregătit și un suflet bun.

Clinica Medicală II în aduce prinosul de recunoștință, iar colegii din toate clinicile clujene omagiu piosel amintiri.

Dr. Al. Ciplea

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni:

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Naștere - Hemoragii - Șoc

Forme de conținut: lichid 10% și tablete 0,05 g

Reprezentanți

"Transmare" S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



*Un nou tratament a
hipertensiunii cu*

Dorital

(asociație cu fel. tauri)

In

Hipertensiune esențială, arteriosclerotică și climacterică.

Posologie:

De 3 ori pe zi 2 drageuri. După remarcarea unei
scoborâri evidente, de 3—2 ori pe zi 1 drageu.

Compoziție:

Bilă de bou depurată	0,15
Oxisulfonal	0,015
Metilbromat de atropină	0,00025
Monoformat de calciu	0,11

Flacoane cu 30, 60 și 300 drageuri.

C. F. BOEHRINGER & SOEHNE G. M. B. H., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:
RUDOLF FORBES, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

**Bolile căilor respi-
ratorii**

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

**Bolile catarale ale
căilor respiratorii**

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București**PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE****Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44**

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL — SIBIUL MEDICAL

Anul XXV

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICA

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

DIRECTOR:

Prof. Dr. I. GAVRILĂ

COMITETUL DE REDACȚIE:

Prof. Dr. I. Aleman, Prof. Dr. M. A. Botez, Prof. Dr. V. Baroni, Prof. Dr. Gr. Benetato, Prof. Dr. V. Bologa, Prof. Dr. Gh. Buzoianu, Prof. Dr. C. Crișan, Dr. I. Cosma, Prof. Dr. L. Daniello, Doc. Dr. O. Filipescu, Prof. Dr. I. Goia, Prof. Dr. C. Grigoriu, Prof. Dr. J. Guiart, Prof. Dr. M. Hăngănuț, Prof. Dr. I. Hațieganu, Dr. L. Ionașiu, Prof. Dr. M. Kernbach, Prof. Dr. I. Manta, M. Manta, Dr. C. Manta, Prof. Dr. D. Michail, Prof. Dr. I. Moldovan, Prof. Dr. D. Negru, Prof. Dr. V. Papilian, Prof. Dr. Dr. Al. Pop, Prof. Dr. R. Popa, Prof. Dr. Gh. Popoviciu, Prof. Dr. Tr. Popovici, Dr. A. Popu, Dr. Gh. Preda, Prof. Dr. S. Secăreanu, Prof. Dr. I. Stoichiția, Prof. Dr. M. Sturza, Dr. I. Sturza, Prof. Dr. C. Tătaru, Prof. Dr. E. Țeposu, Prof. Dr. C. Urechia, Dr. L. Ursu, Prof. Dr. T. Vasiliu, Prof. Dr. C. Velluda.

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA

Clinica ginecologică și
obstetricală Cluj-Sibiu,
str. Haller Nr. 1
Telefon 45

S U M A R U L:

Problema actuală:

M. Kernbach: Medicina în procesul socializării Pag. 513

Articole științifice:

Prof. I. Țețu și M. Ghimpețeanu: Considerațiuni în legătură cu un caz de agranulocitoză 523
Prof. Dr. C. I. Urechia, Dr. Al. Retezeanu și Dr. L. Dragomir: Nevrite post vaccinale 526
Prof. Dr. I. Manta și Dr. E. Maftei: Asupra dozării acidului ascorbic în urină 528
Dr. C. Bart: Contribuție la diagnosticul tifosului exantematic 530
O. Fodor: Limfadenoză leucemică ameliorată prin Zona Zoster 535
Dr. Duma Desideriu, asistent: Hiperostoza frontală internă 537
Dr. O. Munteanu și Dr. P. Ciurdariu: Panmlelofiziile postsalvarsanice 538
Dr. Galea Virgil, chimist-șef: Metodă pentru determinarea vitaminei C 541

Medicină de războiu:

Medic Lt.-Col. Dr. Nicolae Igna: Oxigenoterapia 543

Note și informațiuni: 547

Decrete, Informațiuni.

Necrolog: 548

† Med. Lt. Dr. Mircea Popescu, (1909—1944)

Indexul materiei articolelor originale 549

Indexul autorilor articolelor originale 551



NEOL
ANGINE
ULCERATIUNI



NEOLIDES
CERVICITE
VAGINITE



CODOFORME
TUSE



NEALGYL
DURERI

LABORATOIRES BOTTU PARIS

Reprezentant
pentru România
**LABORATORUL
FARMACEUTIC**



„LUTETIA” S.A.R.
STR. TOAMNEI 103
BUCUREȘTI III
TELEFON 1.38.15

BELLAFIT

Fiole injectabile, soluție și tablete

Antispasmodic energic,
conținând totalitatea alcaloizilor izolați din rădăcina de belladona

PERHEPAR

Extract concentrat de ficat

Fiole, soluție și tablete

Vitamina C

PROSCORBIN

Acid ascorbic

Fiole 2 cc. = 150 mgr.

Fiole 5 cc. = 500 mgr.

Tablete à 25 mgr.

Tablete à 100 mgr

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE *fostă*
GEDEON RICHTER

S.
A.
R.

București V, Strada Logofătul Tăut Nr. 89

Telefon 5.69.03

ARDEALUL MEDICAL

CLUJUL MEDICAL

Anul XXV

SIBIUL MEDICAL

Anul X

ENDOCRINOLOGIE, GINECOLOGIE, OBSTETRICĂ

Anul VIII

REVISTĂ MEDICALĂ ȘI SANITARĂ LUNARĂ

Problema actuală

Medicina în procesul socializării

de

M. Kernbach

— Continuare din Nr. 11. —

II.

Medicina muncii

Organizarea științifică a muncii a dus la o disciplină nouă, care se numește *ergologie* — știința muncii. Dacă ar fi să adâncim această știință, să pătrundem în interiorul ei, am constata că vom parcurge toate compartimentele existenței individuale și colective. Munca este viața, este lupta pentru existență, este însuși calea de creație a omului pentru el și semenii lui, pentru progresul de o zi, sau pentru cel ce se înfîlț în eternitate. Munca intelectuală și cea manuală se întrec și urzesc împreună destinul îndepărtat și necunoscut al omenirii.

În centrul preocupărilor ergologice, medicina se poate orândui în toate fazele care aduce pe om în câmpul productivității: prepararea, acceptarea, menținerea lui. Aceasta din urmă implică o ordine preventivă deosebită: prevenirea *riscurilor*. Urmează imediat asistența medicală în cazul prejudicierei prin risc profesional sau neprofesional, cu scopul de a reface capacitatea lucrativă și de a restitui pe individ producției. Poate nicăieri ca în acest domeniu dreptul preventiv nu-și găsește o realizare desăvârșită. De la primul pas pe care copilul îl face pentru a se încadra în una din compartimentele muncii solidare, medicina dobândește caracterul preponderant preventiv, controlând și verificând perpetuu calitatea și aptitudinea organismului corespunzătoare diferitelor categorii de muncă. Medicina muncii — *ergologia* — este fundamental preventivă și conservatoare, condusă de o idee fixă, permanentă, diriguitoare: *productivitatea ideală a organismului uman*. Ea are misiunea de a face *economia* capitalului uman, evi-

tând îrosirea de vieți și puteri prin boală, accidente și prin toate riscurile vieții neigienice. Medicina muncii va fi în primul loc *higiogenetică*, adică generatoare de sănătate, izvorul nesecat al puterii lucrativă.

Aci este locul să subliniem una din noțiunile cele mai noi, ce reliefează în mod definitiv relația intimă dintre muncă și medicină. În belșugul de metode terapeutice ale ultimelor decenii s'a înregistrat și *terapia* prin *muncă* sau prin gimnastică, aparținând medicinei naturiste. Boli organice ce nu și-au putut găsi vindecarea prin terapiile clasice, și-au găsit-o supuse fiind unor munci ușoare în aer liber. Civilizația modernă, ușurând lupta pentru existență, a lenevit, a nămolit uneori forțele de rezistență, de apărare ale organismului uman, învățat să lupte, să rabde, să se miște pentru a agonisi, cele necesare traiului. A fost necesar ca oamenii clarvăzători să atragă atenția asupra unui fapt extrem de elementar și prea vizibil spre a fi tăgăduit. Lumea se mira de ce muncitorul agricol subnutrit, dispunând de o prea modestă locuință, istovit în munci excesive, prezenta cu toate acestea un indice de vitalitate și natalitate ridicat? Misterul a fost deslegat: munca în aer liber, alimentația ce se apropie de cea naturală, mențin pe agricultor puternic; ele constituiesc pentru acesta forțele generatoare ale sănătății și vieții. Schimbările celulare biochimice, funcțiile mari din economia organismului, ardările, prefacerile, eliminările, sunt stimulate, echilibrate prin munca fizică. Munca se ridică nu numai la rangul celui mai ideal factor de menținere a echilibrului organic, dar și la rangul de excelentă metodă terapeutică în bolile datorită patologiei civilizației.

Problema va merita o dezvoltare mai amplă, căci este puțin cunoscută cercurilor noastre medicale. Pentru

moment reținem locul important pe care va trebui să-l ocupe munca în medicină, sub aspectele ei biologice, fiziologice, psihologice, educative, sociologice și economice.

Politica socială vizând producția, medicina ar putea oferi din plin posibilități spre o firească călăuzire și selecționare a ei. Productivitatea e în funcție de puterea și claritatea minții, de puterea brațelor. Medicina e cea care izvoadește căile optime ale acestor puteri. Ea orânduiește alimentația, locuința, îmbrăcămintea, odihna. Ea cunoaște limitele efortului uman, întinderea și tempo-ul provizunilor energetice ce pot fi exploatare și iarăși restaurate. Pe primul plan stă individul cu talentele lui spirituale și cu stăvilarile lui psihice. Personalitatea muncitorului și reacțiile lui relativ la procedeele de muncă sunt covârșitoare pentru producție. De ele depinde capacitatea de producție, capacitatea și tăria profesională, toleranța monotoniei, oboseala și slăbirea, puterea de întremare, obișnuința și acomodarea, ritmul și durata individuală de muncă, șomajul, rezistența față de diferite vătămări specific-profesionale, înclinația spre accident.

Omul-mașină stă sub influențele tehnice și de timp a factorilor de mediu, în ceea ce privește rapiditatea consumului și a refacerii energiei. Sunt condiții interne și externe de care depinde munca optimă. Aci intervine știința constituției și fiziologia muncii, odată cu prescripțiile igienei generale.

Bilanțul economic al unei țări este cu atât mai favorabil cu cât poporul este mai sănătos, capabil și doritor de muncă. Fiecare boală, fiecare invaliditate precoce, fiecare moarte timpurie, semnifică o pierdere a productivității, a posibilităților de valorificare ale națiunii.

Punctul central al muncii și al gospodăriei fiind omul, cu energiile lui corporale și sufletești, iar medicina dispunând de mijloacele conservării și refacerii acestor energii, devine disciplina de bază a productivității omenești.

Să fixăm deci sectoarele acestei medicini. I-am putea distinge următoarele șase:

1. Selecționarea și orientarea profesională.
2. Conservarea, perfecționarea și întărirea capacității lucrative.
3. Prevenirea riscurilor în câmpul muncii.
4. Asistența medicală a riscurilor și repararea lor.
5. Clasarea și evaluarea incapacității de muncă; plasarea accidentaților.
6. Prevenirea și reprisarea simulațiunii.

1. Selecționarea și orientarea profesională

Prin selecționare se explorează condițiile intrinseci ale omului, care definesc și îngăduiesc a se constata și măsura elementele cantitative și calitative ale capacității lucrative. Medicul este dublat aci de psiholog și im-

preună stablesce aptitudinile necesare, indispensabile, eliminatorii sau neeliminatorii ale fiecărui muncitor, apreciind fiecare profesiune în parte. Medicul și psihologul au două categorii de indivizi de examinat: sănătoși și bolnavi. În concepția umană a muncii solidare fiecare om trebuie să-și asigure un spațiu, în imensul câmp al muncii, fie el sănătos, fie bolnav. Omul suferind de o boală cronică, în afară de cazul când munca face parte integrantă din terapia acelei boli, trebuie să i se rezerve dreptul general de a munci după puterile lui. Orașele mari au mai, poate chiar zece de mii de diabetici, cardiaci, renali, hepatici etc. Aptitudinea acestora este studiată pe categorii de boli cronice (cardiopatii, neuropatii, bolnavi pulmonari, bolnavi de piele, de rinichi și organele genitale, reumatism, basedowienii, cei cu adipozitate sau debilitate fizică, hepaticii, digestivii, diabeticii, anemiiile, cei cu anghină pectorală, tuberculoși etc.) și ei sunt îndrumați fiecare în raionul unde pot lucra, menținând la nivelul posibilităților lor tratul familiei.

Cel sănătos sunt grupați după aptitudinile psihice, fizice și fiziologice. Aptitudinile psihice cad în atribuțiunile psihotehnicii și ele se referă la calitățile intelectuale, psihomotorii și sensoriale ale candidatului. Aptitudinile fizice se diagnostică prin constituție și indicii corporale, pe baza cărora se poate formula coeficientul de robustețe. Aptitudinile fiziologice se controlează asupra tuturor funcțiilor mari ale organismului. În primul loc se verifică valoarea aparatului musculo-articular. Fiziologia muncii a creat un ram nou, numit *ergasiologia*, care studiază fiziologia gesturilor, a mișcărilor necesare fiecărei profesii și corespunzând funcției anumite ale membrilor, segmentelor de membre sau funcțiilor corporale. Metode și aparate stau la dispoziție. Urmează examenul sistemului nervos central, cerebral și rachidian, apoi sistemul respirator, circulator, renal, digestiv, examenul splinei.

O atenție deosebită se dă organelor de simțuri: auzul, vederea, simțul tactului. Fișa de sănătate și fișa de aptitudini constituie zestrea cu care muncitorul poate păși în câmpul productivității omenești. Ele sunt acelea care îl vor menține la un nivel scăzut sau îl vor da dreptul să se urce pe scara ierarhiilor sociale de conducere a muncii.

Prin selecționare și orientare se concretizează aptitudinile și dexteritățile, dând viață acelui deziderat optim: fiecare om la lucrul său. Idee cu mare repercusiune pentru individ și colectivitate. Muncitorul își trăiește vocația. Munca lui se îmbină cu satisfacții sufletești, produsul lui se colorează cu personalitatea lui, cu dragostea și râvna de a se întrece, a se depăși, aspirând spre treptele superioare muncitorești. Colectivitatea își asigură randamentul optim cantitativ și calitativ.

2. Conservarea, întărirea și perfecționarea capacității lucrative

Conceptia preventivă în medicina muncii se continuă pe un fir neîntrerupt. Selecționarea profesională, nu urmărește numai ca să plaseze pe fiecare om conform aptitudinilor sau vocației individuale, ci și pentru ca acel om pe lângă randamentul optim de muncă să-și satisfacă și cerințele lui intelectuale și sufletești. Selecționarea are în vedere viitorul producției și viitorul de dezvoltare a muncitorului; omul este asigurat a crește în drepturi și datorii conform puterilor lui individuale. Această idee nu poate fi dusă până la finea ei, dacă în decursul desfășurării muncii selecționate, ea nu este cultivată. Cultura muncii, întărirea și perfecționarea ei, constituiesc al doileainel al acțiunii preventive muncitorești. În acest sens ea devine perfectivă și constructivă.

Capacitatea de muncă selecționată cere a fi pusă în condițiuni optime pentru a se menține și a se desăvârși. În caz contrar ea se va îrosi, ruina sau chiar va dispărea. Munca trebuie să se desfășoare în condițiuni care sunt apte a reface pierderile energetice consumate zilnic, care pot permite muncitorului a se adapta tuturor cerințelor interioare, acelor condițiuni intrinseci care depind de înaintarea în etate și în atribuțiuni. Toate oscilațiile ritmice ale vieții interioare sau a celor exterioare, legate de ritmurile diurne, nocturne sau sezoniere impun reguli de trai igienic, în scopul de a nu se distruge echilibrul funcțional care asigură productivitatea individului. În câmpul muncii este o ordine de igienă fizică, fiziologică și psihologică. Cea fizică previne alterațiunile (deformările, amputările, desfigurările) corporale sau ale membrilor, cea fiziologică previne uzarea sau deteriorarea unor funcțiuni, prin muncă defectoasă sau unilateralizată, iar cea psihologică previne conflictele din câmpul muncii, pentru ca muncitorul să aspire într-o ambianță generală de mulțumire, aceea care crează dragostea de muncă, plăcerea de profesune, condițiile esențiale pentru un randament optimal.

Dela igiena individuală, medicina se va ocupa cu igiena vieții gregare consolidând posibilitățile de dezvoltare a existenței în totalitatea ei. Igiena se ocupă alci de alimentație, locuință, îmbrăcăminte și odihnă.

Igiena alimentației este fundamentală. Prin alimente omul repune și întreține puterile lui de muncă. În domeniul alimentației lucrurile nu sunt definitiv stabilite. Trăim încă sub doctrina valorii în calorii, dublată în timpul din urmă cu doctrina consumului de alimente pe cât posibil în starea lor naturală. Grăsimile, albuminele, hidrații de carbon, vitaminele și mineralele, constituiesc fondul chimic și energetic al alimentației. Cantitățile sunt în bună parte cunoscute. Ceea ce este încă de studiat și precizat este forma sub care trebuiesc

introduse alimentele în organism și ansamblul lor. În domeniul muncii, este fără îndoială că alimentația va varia după felul ei. O altă alimentație necesită intelectualul, alta manualul. Altă alimentație se va orândui copilului, alta adultului sau bătrânului. Altă alimentație reclamă organismul care lucrează în aer liber și alta acela care stă în spațiu închis, în mână, atelier, subteran etc. În fine altă alimentație se cuvine organismului vara și iarna sau în celelalte anotimpuri, când știut este că și organismul are un ritm propriu în funcție de sezon. Toate aceste condiții impun o studiere atentă a alimentației pentru a se găsi criteriile juste pentru toate variațiunile.

Igiena locuinței constituie poate problema cea mai puțin rezolvată în viața muncitorului. Multă vreme nu s'a înțeles că muncitorul are nevoie de un elementar confort, pentru a-și putea desăvârși puterile de producție. Muncitorul a trăit în mizerie și trăiesc încă mulți în aceeași stare. În țările industriale se pare că problema a fost rezolvată în mare măsură. Ea se impune a se rezolva pretutindeni. Muncitorul trebuie să trăiască într-o locuință în care să-și poată satisface cerințele elementare de igienă individuală și familială. În locul promiscuității, a întunecului, a umezelii, să se clădească locuința primitoare, luminoasă, uscată și bine încălzită, dispunând de restul anexelor datorite de civilizație, prin munca anonimă a atâtor mâini și brațe.

Igiena îmbrăcămintei este iar una din problemele studiate și care cere a fi aplicată la muncitori. Îmbrăcăminte în câmpul muncii trebuie să asigure, pe deoparte apărarea corpului de oscilațiile vremii, iar pe de altă parte a îngădui o bună funcționare a funcțiilor regulatorii organismice: transpirația, căldura etc.

Igiena odihnei este una din problemele studiate abia în ultimii ani. Sistemul capitalist orânduia munca în ore, cât mai multe ore, fără nicio preocupare de odihnă. Lipsa unei gândiri fiziologice a făcut să se ignoreze că organismul are o putere de elasticitate îngărdită, care depășită organismul cade istovit. Concurența nesăbuită nu a dat răgaz capitaliștilor să se preocupe de această latură. Ei nu observau că întregul ritm al universului e asigurat numai prin muncă și odihnă. Fiecare vîșuitoare are dreptul de odihnă. Omul, fiindă superioară, are drept și de recreație, de distracție, de diversune: un manual cere o diversune intelectuală, spiritală; un intelectual una fizică. Contrastul odihnește, reface. Se discută timpul orelor de odihnă, ca și a orelor de muncă. Se pare că timpul natural pentru somn este acela al naturii: după apusul soarelui. Orelor de somn înainte de miezul nopții valorează dublu celor după miezul nopții. Statul modern și omul modern care a transformat ziua în noapte și noaptea în zi, nu vor renunța la veniturile și distracțiile de noapte, chiar și în ziua când se va dovedi că aceasta e una din căile degenerării, că e contra legilor

naturii. Odată cu reglementarea orelor de muncă, se va ajunge la un echilibru just și natural, pentru reglementarea orelor de odihnă, forma ei. Instituția hitleristă — Kraft durch Freude etc. — pare a fi excesivă, căci muncitorul consumat în atelier, este consumat apoi și în exercițiul sportiv exagerat. Numai prin recunoașterea dreptului la cultură pentru muncitori și realizarea sinceră a mijloacelor de aplicare ale acestui drept, problema odihnei integrale își va găsi soluția cea mai ideală.

Igiena mediului se extinde asupra tuturor factorilor de existență omenească, asupra tuturor condițiilor ce înconjoară pe om. Sunt toate acelea izvoare de unde omul își soarbe materiile și forțele energetice necesare ființei vii, dar care constituiesc prin dezechilibrul lor, în același timp și cauze de îmbolnăvire. Totul se datorește jocul cantităților și al condițiilor, supus hazardului și contingenței. În comunitatea de muncă posibilitățile de îmbolnăvire sunt cu mult mai mari decât în viața solitară. În special transmiterea bolilor microbiene și parazitare dobândesc o periculozitate deosebită. Epidemiologia instituie aici reguli fixe și este de un real ajutor lucrătorului, munca lui fiind la adăpostul contagionului. În afară de factorii animați, în mediul muncitoresc abundă materii inanimale, solide, lichide sau gaze, apoi raze, emanațiuni directe ale mediilor industriale. O parte din aceste substanțe nu îmbolnăvesc imediat. Ele sunt introduse în masa noastră germinală, transmisă din generație în generație, producând după un timp îndelungat boli ereditare, anormale, monstruoasă. Sunt factorii mutaționali ai unităților genetice, care sunt cunoscute prin experiențele făcute asupra insectelor și contra cărora igiena e chemată a instaura măsuri profilactice, alături de profilaxia bolilor infecto-contagioase.

O găsim apoi acționând direct în mediul așezărilor omenești: igiena urbană, a circulației. Construcția orașelor sau a coloniilor muncitorești, este una din problemele de actualitate. Civilizația prin tehnologie și mecanizare a artificializat mediul de trai. Lumina, aerul, vegetația pe care o dă natura sunt profund alterate. Marile metropole sunt populate cu mulți bolnavi cronici, degenerați: sunt centre muribunde. Igiena pretinde reconstruirea mediului natural. Inceputurile promițătoare sunt înregistrate. Omul fabricii, atelierului, biroului reclamă condițiile optime pentru timpul de odihnă, educație, instrucție, distracție.

Medicina modernă se ocupă și de pământ, de cultura, constituția lui; de construcțiile pe care confortul de azi îl reclamă. Interesându-se de alimentație ea are de spus un cuvânt asupra culturii grânelor, zarzavaturilor, legumelor, poamelor, creșterii animalelor. Valoarea nutritivă a alimentelor depinde în bună măsură de cultivarea lor. Pământul, unitate biologică, are patologia lui, igiena lui. Elementul capital al solului este apa.

Aliment de bază, forță primă a micii sau marii industrie, ea ne asigură igiena corporală, a locuinței, a orașelor. Igiena ocupându-se de compoziția ei fizico-chimică și bacteriologică, prescrie reguli de apeduct, canalizare, construirea fântânilor, a closetelor, cîmîtrelor. Terenele mlaștinoase, malarice ocupă un capitol special în combaterea malariei. Tot în legătură cu apa, gușa endemică stăruie ca o gravă amenințare a omenirii prin puterea ei degenerativă. Apele fără iod par a fi una din cauzele importante ale acestor boli.

În fine igiena se mai ocupă și de apele minerale, atât de utile în terapeutică.

Dela sol igiena trece asupra viețuitoarelor lui. Ea face o igienă psiho-socială a biosocietății, una din marile unități a lumii. În comunitatea de viață adaptarea individului, în condițiile cunoscute, nu se poate realiza fără conflict. Conflictele în câmpul muncii par a fi imuabile și de netălmățurat. Se vorbește de o profilaxie psihologică care începe a se aplica asupra copilului în familie, apoi în școală, în timpul uceniciei și în fine în timpul desfășurării muncii creatoare. Mediul social, prin inegalitățile, nedreptățile lui, constituie un factor de îmbolnăvire. Înăuntruarea maselor asupra individului sau a individului asupra masei sociale tradusă prin emoțiuni puternice, ură, răzbunare, pasiune, au repercusiuni mai întâi asupra sistemului nervos și prin intensitatea, durata sau repetarea lor, se poate ajunge la boli organice. Dela psiho-nevroza primară se poate ajunge la o organo-nevroză secundară, exprimată prin tulburări grave ale organelor principale. Intrăm prin acestea în patologia atitudinii și comportamentului omenească în mediul uman, în patologia colectivităților.

De aici igiena se extinde și asupra mediului naturii. Se poate vorbi de o igienă ecologică. Materialismul feroce a mînat pe oameni să defrișeze păduri, să sece lacuri și râuri, să schimbe fauna viețuitoarelor prin distrugerea celei locale sau introducerea a noului rase. Consecința a fost că natura a izgonit pe om din acele locuri din care nu-și mai putea agonisi cele necesare traiului. Azi medicina cunoaște patologia civilizației și încearcă a reface mediul naturii: ea se ocupă de peisajul natural, de asociațiile viețuitoarelor așa cum ni le arată biologia generală.

Ultimul factor al naturii este cel cosmic, meteorologic. Aerul și clima sunt bine studiate de medicină. Compoziția fizico-chimică, bacteriologică, particulele strelne, umiditatea, presiunea, mișcarea etc., sunt chestiuni curente de practică igienică. Meteorobiologia și meteoropatologia sunt disciplinele ce alimentează acest ram. Climatologia pe de altă parte oferă metode terapeutice reale.

Medicina muncii face pe de o parte profilaxia factorilor nosogenetici, iar pe de alta arată căile menținerii

sănătății. Prin aceasta ea asigură trăinicia capitalului productiv.

În starea actuală a lucrurilor, acest ram al medicinei asigurative este sau inexistent sau foarte rudimentar. Alurea situația este mult ameliorată. A trăi igienic înseamnă a dispune de mijloace, de confort. A mânca igienic, înseamnă mai întâi a avea alimentele trebuincioase, a locui igienic înseamnă a avea în ce locui. Și așa mai departe cu toți factorii și condițiile de plămădire a omului și a personalității lui. Medicina singură este dezarmată. Ea nu va putea soluționa singură această problemă fără o largă înțelegere a politicii și a economicului. Nu poate să existe o adevărată politică asigurativă decât atunci când va fi asigurată existența omenească a asiguratului. Omul care nu se poate alimenta după prescripțiile energetice, care nu se poate odihni, îmbrăca, cultiva, care nu-și poate vedea de familie, de instrucția și educația familiei și a sa proprie, care nu-și poate prevedea pentru viitor decât vagi ascensiuni, acel om nu se va bucura de progresele civilizației la care au contribuit mintea și brațele lui. Nici el, nici producția nu sunt la adăpost de riscuri.

3. Prevenirea riscurilor în câmpul muncii

Pătrundem în domeniul cel mai cunoscut al igienei industriale și al patologiei muncii. Călăuzită de condițiile intrinseci și extrinseci ale muncii, precum și de condițiile muncii asupra organismului, prevenirea riscurilor sunt în bună parte organizate. Condițiile intrinseci se referă la: pretențiunile musculare, ale membrilor, corpului, atitudinea acestuia; pretențiunile nervoase, ale organelor de simțuri, ale metabolismului; timpul muncii constituie alt moment ce poate influența organismul, urmează apoi durata muncii.

Condițiile extrinseci (în de: spațiul și influențele climatice, capacitatea spațiului, amblanța profesională, ventilația, căldura, răcorirea, umiditatea, vaporii, lumina, presiunea, șgomotele, șgudurile, mirosurile, pulberile, Urmează apoi locul unde se desfășoară profesiunea: masa și echipamentul personal. Forma muncii în funcție de material și modalitățile de elaborare sunt alte momente de observațiune. Pentru toate acestea intervine raționalizarea muncii care prescrie timpul de muncă, de odihnă, concediile, pentru copii, femele și adult, bătrân, bolnav.

O atenție deosebită se acordă prevenirii accidentelor de muncă și bolilor profesionale. Ele constituiesc materia patologiei muncii. Primele survenind brusc și pe neașteptate, celelalte lent și pe nesimțite, constituiesc riscurile cele mai grave ale muncitorului, consumând în același timp fonduri serioase de îngrijire medicală și despăgubiri. În scopul preîntâmpinării lor există o organizație bine consolidată a *prevenirii accidentelor de*

muncă și a unei profilaxii a bolilor profesionale. Agenții fizici, animați, eforturile sau atitudinile vicioase în decursul muncii produc bolile profesionale ce cer tratamente și despăgubiri. Prevenirea acestora este una din preocupările cele mai temelnice ale asigurărilor sociale.

În asigurările sociale românești preocuparea pare a fi neînsemnată. Iată datele ce le aflăm în Buletinul Asigurărilor Sociale:

Trimestrul	Accidente de muncă	Boli profesionale	Total
Iulie—Sept. 1941	64.447	3522	67.969
Oct.—Dec. 1941	66.117	5225	71.337
Ian.—Martie 1942	71.468	4763	76.231

Aceste cifre sunt calculate numai pentru muncitorii asigurați.

La 31 Martie 1941 asigurații aveau de achitat 865.124.160 lei pensii de invaliditate și 1.110.000.000 lei pensii de accidente, etc.

Pe aceste calcule oficiale se arată că peste o *pătrime* din numărul total al asiguraților din România sunt victime în *fiecare an* a accidentelor de muncă și a bolilor profesionale. Cifrele sunt extrem de mari, ele învederează lipsa de prețuire a capitalului viu și traduc negreșit starea rudimentară a prevenirii invalidității. O atare situație echivalează cu o *invalidizare* extrarapidă a păturii noastre muncitorești în totalitatea ei.

Dar nu numai datele oficiale ale Asigurărilor Sociale ne arată starea dezastruoasă a păturii muncitorești, ci și anchetele făcute la fața locului, în industriile românești. Una din cele mai recente (publicată în „România Liberă” din 7 X. 944) se referă la tâmplăria mecanică. Din această anchetă rezultă că ucenicii sunt introduși în fabrică și puși la lucru la mașinile de abricat-uit fără nicio pregătire prealabilă și fără să cunoască pericolul ce-l reprezintă atari mașini. În afară de asta, sălile sunt slab luminate și total neaerisite. Aerul este „îmbâcșit cu rumegătură de ferăstrău”, iar sala lipsită de ventilator și de exhaustor. În atari condiții, rumegușul nu se așează numai pe suprafața corpului, ci pătrunde în nas, gură și plămân. Iar talajul stă grămadă pe jos, împiedcând mersul și mișcărilor picioarelor.

Dar crasa neglijență și lipsa totală de ocrotire a muncitorului nu se opresc aici. *Ferestraiele, curelele și angrenajele lor nu au apărători.* Nu este nicio mîrare că aici, pentru fabricarea mobiliei de „lux”, muncitorimea se schilodește, plerzând degete, mâni chiar din primele zile ale uceniciei. Iar cel ce rezistă vor părăsi curând atelierul din cauza slăbirii organismului, prin inhalarea continuă a pulberii de lemn.

Față de aceste date și fapte, suntem nevoiți a stărui asupra posibilităților de prevenire a bolilor profesionale. Din studiile făcute s'a dovedit că 60% din accidente pot fi prevenite, fie prin acțiunea patronală, fie prin aceea a muncitorului. Există o prevenție prin mecanică și alta prin psihotehnică.

Mișcarea în stil de marl proporții a început în America. Programul se intitula „Safety firts” = securitate mai întâi. De aci s'a extins în toată lumea. Primele rezultate au fost mai mult decât satisfăcătoare; trecea luni, un an chiar fără accidente. Mișcarea s'a consolidat cu un „consiliu național” de securitate” cu filiale în toate orașele și centrele industriale. Congrese, conferințe, buletine, afișe, periodice, au făcut o susținută educație a patronilor și lucrătorilor. Educația a început cu copiii. Organizația este în plină dezvoltare. Ea a dus la concluzia că numai 22% din accidente se pot datorita insuficienței protectoare. Restul e datorit lipsei de atenție a lucrătorului. Studiul atenției și al vederii a arătat că ele necesită o mare încordare nervoasă și accidentele sunt inevitabile. Altă serie de măsuri se impun.

Numai țările care s'au convins că munca este factorul social de producție cel mai prețios, numai acolo ocrotirea muncitorului a atins maximum de realizări. Și acest lucru s'a întâmplat, alături de alte „mîinii”, în Rusia sovietică. În multe din ramurile industriei sovietice accidentele au dispărut, în altele ele s'au micșorat simțitor. Chiar în anii de război, în care munca a fost excesivă, numărul accidentelor, chiar în industria de război, ce dă în alte țări accidente în proporții uriașe, a scăzut în U. R. S. S. cu 21% în industria transporturilor. În procente asemănătoare sau atingând 35%, scăderea accidentelor este generală în marea industrie: în industria aeronautică se înregistrează, tot în anii 1941—1943, scăderi cu 25,6%, în industria polimetalică cu 21,1%, în industria chimică și metalurgică cu 35%. Ocrotirea muncii se exprimă și prin sumele pe care comisaratele poporului le alocă întru desăvârșirea neîncetată a ei. În anul acesta suma este de 300 milioane ruble, reprezentând adesea o dublare a sumelor ce se rezervă anumitor industrii.

Măsurile sunt cu mult mai ample. Un nou regulament al muncii interzice cu desăvârșire ca un muncitor să lucreze la o mașină până nu urmează o școală specială. În instrucțiunile tipărite muncitorul găsește explicația și manipularea mașinilor, aparatelor. Moscova are un muzeu al ocrotirii muncii. Sovietul central al sindicatelor dispune de 5 institute de cercetări științifice, menite să amelioreze neîncetat mijloacele de ocrotire a muncii.

Iată idealul spre care trebuie să tindă organizarea științifică a muncii.

Azi nu există nicio profesie care să nu dispună de măsuri protective contra accidentelor sau bolilor profesionale. În timp ce pretutindeni procentul acestora scade, la noi se menține într'un număr impresionant și amenințător. O cercetare serioasă se impune.

4. Asistența medicală a riscurilor și repararea lor

Prevenția este legată de arta tămăduirii, de *asistența medicală a riscurilor*, repararea acestora. Locul cel mai mare îl revine medicinei curative, asigurările dispunând de un fond mare pentru acoperirea cheltuielilor cerute prin riscurile îmbolnăvirii. Bolile din câmpul muncii pot avea izvoare variate. Sunt boli legate sau nelegate de muncă. Cele legate se datoresc muncii unilaterale, muncii exagerate. Urmează apoi influențele generale sau speciale ale muncii, accidentele de muncă, bolile profesionale. Bolile dependente sunt cele acute sau cronice. Există o asistență apoi a mamei, copilului, a tuberculoșilor.

Pe tărâmul asistenței medicale s'au făcut netăgăduite progrese. Clădirea de instituții și așezăminte spitalești, recrutarea medicilor specialiști, dezvoltarea chirurgiei și a ortopediei accidentelor de muncă, centrele de reeducare profesională sunt cele mai evidente. Dar cu toate acestea îngrijirea medicală curentă lasă mult de dorit. Ea nici nu poate fi la înălțimea chemării ei. Cauza rezidă însuși în concepția de organizare. Câteva date culese din Buletinul Asigurărilor Sociale românești ne vor ilustra situația reală.

Să începem cu numărul consultațiilor din anii 1935—1940, așa cum ele ne sunt prezentate de buletinul asigurărilor sociale. Anual sunt înregistrate 5.800.000—6.300.000. În același interval numărul asiguraților a variat între 830.000 până la un milion în anul 1937, pentru a descrește apoi la 780.000 în anul 1940. Numărul medicilor a crescut dela 1500 la 1900. Conform acestor cifre medicii erau obligați a da 3800—4000 de consultații anual. În atari condițiuni este greu a se aștepta și pretinde dela asistența medicală roade mulțumitoare.

Sumele cheltuite pentru spitalizare, înzestrare și medicamente, în același interval de timp, au crescut, după aceleași izvoare informative, în felul următor:

În anul 1935 s'a cheltuit	67.803.704 lei
„ „ 1936 „ „	96.270.675 „
„ „ 1940 „ „	89.931.875 „

cu îngrijirea a 1.000.000 asigurați și alte trei milioane membrii de familie. Dar sumele nu se opresc aci. Dacă se mai adaugă tratamentele balneo-climatice și cheltuielile de personal medical sumele se rotunjesc astfel:

În anul 1935 s'a cheltuit	242.000.000 lei
„ „ 1936 „ „	351.000.000 „
„ „ 1939 „ „	455.000.000 „
„ „ 1940 „ „	518.000.000 „

Dacă cercetăm și mai departe cifrele pentru îngrijirile medicale cresc înainte. Asigurările sociale mai suportă cheltuieli pentru combaterea și tratarea tuber-

culozei, acordând Ligii Naționale 70.000.000 subvenții. Și așa pentru alte boli sociale.

În asigurări se discută stăruitor organizarea medicală, dar nu cunoaștem idelle de bază ale acestor organizări.

Facultățile noastre de medicină produc cantitativ medici universali, fără însă cu o pregătire mai temeinică în domeniul patologiei muncii și a problemelor de medicină asigurativă. Reforma va trebui să înceapă aici.

5. Clasarea și evaluarea incapacității de muncă; plasarea invalizilor

Părăsind domeniul medicinei curative ajungem în acel al *reparațiunii* medicale a riscurilor. Eforturile medicinei au fost încununate cu succese laudabile. Repararea, conservarea și rentilizarea forțelor energetice ale omului, care a supraviețuit bolii sau accidentului, dispun azi de metode și instituții, care în unele țări au ajuns să fie modele pentru toată lumea. Instituțiile de reeducare, precum și acelea de plasare, au demonstrat că în adevăr rezultatele s'au dovedit demne de eforturile depuse: mulți răniți și bolnavi și-au reluat cu curaj câte un loc cât mai corespunzător în lumea muncii. Zece de mii de orbi, mutilați sau clunți își câștigă cu demnitate existența. Pentru unii din ei este o adevărată resurrecțiune fizică și morală. Forța vieții, acel „vis medicatrix naturae” este foarte puternică și medicina trebuie să conteze pe ea. Medicii și auxiliarii lor sunt animatorii „energiei medicatrice”, care prin îngrijiri și educațiune realizează o adevărată renaștere fizică a accidentatului. Adâncindu-se patologia muncii s'a reușit, prin institutele de reeducare, să se cunoască mișcările tuturor profesiunilor și prin aceasta să se clădească un nou studiu: *ergasiologia*. Alături de intervenții chirurgicale, afară de terapii diferite, se instituie și o educație fizică pentru corectarea deformațiilor profesionale. Medicina reparatorie nu se mulțumește numai cu restaurarea anatomică a leziunii, ci ea urmărește recuperarea maximă a funcțiunii. Fizioterapia, autochinezoterapia, mecanoterapia, sunt metodele cele mai cunoscute de reeducare funcțională, care trebuie să se aplice metodic. Refacerea capacității lucrative rămâne una din obligațiile de competență ale asistenței medicale. Când s'au eputizat toate încercările terapeutice, medicul este chemat a constata consolidarea anatomo-funcțională definitivă a leziunii și a declara *invaliditatea* permanentă. Intră în rol de acum înaintea medicului-expert. În sarcina lui cade *evaluarea* incapacității de muncă. Este un domeniu bine studiat. Lunga experiență a patologiei profesionale s'a cristallizat în fapte precise. Evaluarea incapacității de muncă se face după ghiduri-barem fixe, valabile pentru toate țările. Educația medicilor nu este perfectă nici în acest domeniu. De cele mai multe ori medicul confundă

invaliditatea cu leziunea însăși, ignorând că fiecare leziune numai atunci este invaliditate când se întovărășește cu anumite *elemente funcționale* de invaliditate.

După evaluare, urmează clasarea și plasarea invalizilor în câmpul muncilor corespunzătoare. O nouă reevaluare funcțională în raport cu funcția și capacitatea de lucru a bolnavului determină noua meserie. Studii detaliate pentru fiecare categorie de boli organice și nervoase ne stau la dispoziție. Medicina oferă oricărui om, oricât de reduse ar fi puterile lui de muncă, posibilitatea de a-și valorifica drepturile de a munci. Muncitorul chiar înfirm nu va avea nici odată sentimentul că vrea și-o datorește resurselor filantropice, ci și-o datorește propriilor lui puteri.

6. Prevenirea și represiunea simulațiunii

Ultimul capitol medicina muncii îl dedică combaterii și represiunii *simulațiunii*. Între cei mulți harnici care întesc numai la o vreață de muncă, de efort, dar și de bucurie și de plăcere creatoare, există și o minoritate, care urmărește a-și asigura existența prin ajutorul de boală, lenevînd. Aici ne întâlnim cu o altă patologie. Sunt între simulanți și bolnavi; sunt acei care exagerează cu bună credință suferința lor, creînd starea numită *sinistroză*. Dar cei mai mulți exagerează, permanentizează sau creează adevărate boli sau turburări patologice. Există o simulațiune creatoare de boli organice sau dezechilibre funcționale, care dispune de o etiologie și semiotică bine studiate, cu posibilități reale de identificare a fraudei.

Educația muncitorului cuprinde și capitolul prevenirii simulațiunii. Medicina îi arată muncitorului că munca este o virtute. Nimic nu s'a creat și nimic nu se poate înfăptui în lume fără muncă. Că numai acel ce muncește poate purta cu demnitate titlul de om, înfrunză cugetătoare.

Dacă urmărim în decursul mileniilor toate rezultatele la care a ajuns munca încordată a tuturor popoarelor, vom avea prilejul cel mai potrivit să înțelegem rostul muncii omenești. Cartea lui Anton Zischka, despre „Biruința muncii”, ne dovedește cu prisosință următoarele:

„Forțele naturii și toate materiile prime nu ar fi servit pe om și nu ar fi clădit civilizația, de care ne mândrim, fără mîntea și brațele omului. Forțele naturii au fost domesticate de om. Cucerirea lumii, forța triumfătoare a vieții este munca. Ea este marele regulator al vieții, izvorul tuturor lucrurilor.

Adevărata economie constă în aportul ingenios și oportun al forțelor de muncă disponibile, atunci când ea este dirijată spre un țel oarecare. Ea rămâne bază a tot ce este vreață, ea singură dă puterea adevăratelor biruințe.

Dar munca ideală este cea care pune la contribuție instinctul și puterea de creație. Aceasta nu se poate realiza decât prin perfecționare. Numai perfecționarea omului poate perfecționa tot ceea ce produce omul. Și atunci dobândim un anumit sentiment permanent de fericire pe care nu-l poate procura decât munca încununată cu succes.

Dar munca este totodată slugă. Avem datorită de a ne întreba fără încetare: ce a dat această vreață națiunii mele? Munca nu este numai stăpâna individului, ci și individul servul ei; ea este totodată stăpâna vieții colective. Căci un singur om nu poate câștiga biruințe durabile. Acest lucru îl poate numai poporul care îi însușește puterea, poporul din a cărui dorință de creație s'a născut el. Numai o forță continuă poate crea ceva nou. Numai țările cu depozite mari de idel și brațe au crescut și vor crește. Poporul cu forțe de muncă și de vreață neegale va învinge. Ogorul poporului este munca. Prin ea își adună el roadele, își asigură existența, continuitatea și valoarea în familia lumii. Superioritatea, egemonia o dă munca, puterea și calitatea ei.

Munca colectivității este decisivă. Colectivitatea plămădită din sânge și gile, din puterea veșnic legată de țărână. Această muncă este expresia cea mai autentică a spiritului poporului. Felul și intensitatea voinței de muncă nu modelează numai personalitatea individuală, ci însuși civilizația națiunii. Fiecare popor este bogat în măsura în care știe să-și organizeze munca. Iar valorificarea muncii este numai ceea ce ea a realizat pentru colectivitate.

Munca fiind cel mai important factor de producție, obligația de a munci se ridică la rangul unei idel conducătoare universale. Numai munca poate crea bunuri. Ea distruge setea de câștig și transformă capitalul în mijloace pentru producția bunurilor. Ea nivelează prăpastia între cap și mână, cap conducător și executant, între muncitorii cu capul și cei cu pumnul, între stăpânitori și conduși.

Țara care a înțeles înaltea tuturor adevăratele valori a muncii și a muncitorului a fost și rămâne U. R. S. S. Sumele pe care acest unic „continent” le-a alocat asigurărilor sociale sunt direct fabuloase. În primul plan cincinal, între anii 1930—1932 bugetul a crescut pe fiecare an astfel:

în anul 1930 se cheltuia	1950 milioane ruble
„ „ 1931 „ „	2500 „ „
„ „ 1932 „ „	4200 „ „

Iar în al doilea plan cincinal ultimul buget a atins suma de 53.000.000.000 (miliarde ruble),

pentru acoperirea pensiilor, asistenței medicale, educației sportive și culturale, locuințelor muncitorești.

Sectorul sănătății muncitorești a consumat 10 miliarde în anul 1937 și 16 miliarde în 1942...

Drepturile lumii muncitoare, a omului total, au fost pe deplin satisfăcute.

„Problemele cele mai grele, preocupările cele mai spinoase din câmpul muncii, dezideratele exprimate de-a-lungul deceniilor de luptă și de jertfe, revendicări legitime pentru izbândă cărora lumea muncitorească deslănțuse revoluții, în decursul veacului al XIX-lea, toate acestea erau împlinite și desăvârșite în Statul sovietic. Astfel, muncitorimea găsea, în cadrele acestui stat, izbândă celor mai largi și înalte idealuri ale ei” (17).

III.

Dreptate și securitate socială prin medicină

Nu numai munca are rolul de nivelator al inegalităților artificiale, de unificator al drepturilor și datorțiilor, ci însuși medicina asigurativă, în ordine socială. Cercetări statistice au dovedit, de mai bine de un secol, inegalitățile dintre clasele sociale, din punct de vedere fizic, intelectual, al morbidității și mortalității. Copiii ce se nasc cu aceleași aptitudini psiho-fizice, încep a se diferenția sub înrăurirea condițiilor sociale, chiar din a 3-a lună de vreață extrauterină. Copiii claselor sărace și muncitorești arată o oprire în dezvoltarea organismului, care apoi se menține toată vreața. Inferioritatea organică i se adaugă ulterior și inferioritatea intelectuală. Cartierele sărace ale metropolelor Europei stau în extrema stângă a indicelui progresului social.

Inegalitatea în fața bolii și a morții este tot așa de evidentă. În păturile muncitorești stăruiesc anumite boli, care măresc nu numai morbiditatea specifică, ci și pe cea generală. În aceleași condiții se prezintă și mortalitatea. Statisticile țărilor industriale ne stau mărturie.

Medicina asigurativă nivelează aceste inechități. Dacă în ordinea economică, anumite regimuri politice mențin marile inegalități, medicina socială, prin igienă și vindecare, tinde să restabilească echilibrul biologic, fiziologic și psihologic dintre oameni și clasele umane condiționate social. Prin aceasta ea aduce un mare serviciu umanității. Geniile umanității s'au recrutat adesea din păturile muncitoare: Faraday, Stephenson, Thimomier, Regnault, Edison, Copernic, Newton, Shakespeare, Kepler, Kant, Rousseau, Diderot, Linné, Claude Bernard, Pasteur, etc. A menține aceste pături în starea de inferioritate e similar unui asasinat contra izvoarelor elitelor sociale, adevărați pionii ai culturii și conducerii omenești.

Iată până unde se poate înălța capacitatea socială a medicinei.

Medicina muncitorească asigurativă dispune deci de acele căi spre a satisface ideea de bază a securității biologice a muncitorului. Ea este în măsură a satisface cerințele muncitorului și ale productivității. Funciar preventivă ea se poate organiza pe

**In reumatisme, nevralgii, nefrite, calculi renali,
artrite**

SALITINOL

Fiole

Soluție stabilă și complet indoloră de:

Fenilchinolincarboxiat de sodiu 0,50 gr.

Salicilat de Sodiu 0,50 gr.

Anestezin 0,03 gr.

Injectiuni intramusculare și intravenoase.

SALITINOL

Granule

Lithium salicilic - Piperazină - Lithium

Benzoic - Hexametilentetramina

SALITINOL

Pomadă

Metoxyl Anestezină Acid Salicilic - Lanolină

Produse Farmaceutice „GALENO“

Reprezentanța pentru România

„FARMACOPEDIA“, București, Telefon 5.58.35, Reg. Com. 263/937

Perlatoan- Calcium

în turburările **menopauzei**

Compoziție:

100 U. I. Perlatoan

0,25 g Lactat de calciu

0,05 g Bromură de sodiu

Flacon cu 40 comprimate

De 3 ori pe zi 1 – 2 comprimate



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.
Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

acest fir conducător, cu toate ramurile ei. Medicina preventivă modernă nu cheazăuște numai prevenirea riscurilor unei vieți productive. Ci ea cuprinde toată existența umană, așa cum s'a încercat a se arăta mai sus.

Viețea muncitorului desfășurându-se într'un spațiu de riscuri neîntrerupte, medicina muncii le studiază și instituie mijloace preventive. În nici un alt domeniu al comunității de viață, ideea preventivă nu dobândește o mai perfectă continuitate utilitară. Acțiunea preventivă preîntâmpină pe viitorul lucrător înainte de angrenarea lui în câmpul muncii, îl asistă și-l ocrotește în tot decursul productivității lui.

În adevăr, medicina se modelează tuturor cerințelor productivității umane, orânduind toate acele măsuri ca această productivitate să se mențină, să se desăvârșească și să se refacă, ori de câte ori un risc a prejudiciat-o. Medicina asigurativă considerând omul total și concret, îl studiază în mediul său, în timpul lucrului și al oboșelii, în familie; îl studiază reacțiile individuale în decursul vieții întregi. Ea tinde să identifice eficiența lucrătoare reală a muncitorului pentru a o menține și desăvârși.

Economia și bonificarea capitalului este țelul ei permanent, rămâne preocuparea ei de totdeauna. Văzând omul cu toate atributele lui fizice, fiziologice și intelectuale, omul, — unitatea cooperatoare a progresului social —, medicina muncii este în esență ei o instituție asigurativă de bază. Ea este în cele din urmă realizarea idealului urmărit de politica socială.

Medicina asigurativă are un program, un plan tehnic de aplicare în timp și în spațiu. Ea nu se aplică la întâmplare. Fiecare risc care amenință capacitatea lucrativă sau viața muncitorului, are măsura lui profilactică și curativă.

Societatea a încredințat medicinei avutul ei suprem: omul. Omul cu puterile lui de producție, produs al minții sau al brațelor. Tot medicinei i se încredințează mama, copilul, tineretul și întregul capital biologic al națiunii. Medicina modernă nu mai reprezintă un contact trecător între bolnav și medic. Ea este o cultură, o disciplină normativă a individului și a colectivității. Ea prescrie reguli de viață pentru păstrarea, întărirea și transmiterea bunului suveran al omului: sănătatea fizică, psihică și morală. Sănătatea e pârgă de susținere a socialului, a economicului, a politicului. E zestre unei națiuni, e însuși viitorul ei.

Medicina prin cele trei ramuri ale ei — curativă, preventivă și legală — asigură capitalul-viu al națiunii, socotit statistic de cinci ori mai mare decât capitalul-mort. Ea bonifică primul, face economie umană, reface și previne risipa de viață, puteri și posibilități de producție, de creație, asigură menținerea și propășirea elitelor sociale. Aci se rezumă capacitatea social-politică a acestei instituții, înfaptă definitiv în existența noastră.

La această răspântie a lumii, când se discută temele unei noi ordini sociale, medicina are de spus și ea un cuvânt. În noua formulă de viață, orânduirea sănătății nu mai poate fi lăsată „înghetărilor decorative”. Ea se așează în cele baze. Dispune de mijloace proprii, de organizare, îndrumare, realizare, înflăcătoare. Ea se ridică la treptele unei puteri de guvernământ cu eficiente posibilități în domeniul securității sociale.

Politica socială preventivă își va împărți rolurile ei pragmatice economicului, culturalului, educaționalului și medicinei. Printr'o cooperare desăvârșită, printr'o înțelegere a țelurilor finale ale fiecăruia, lumea descătușată din stările post-belice, se va înălța din nou pe culmile pe care umanitatea nu le-a atins încă.

Medicina este steaua polară a politicii. Prevenirea este călăuză idealului social: asigurarea zilei de mâine, ocrotirea contra riscurilor. Dar prevenirea este și idealul medicinei moderne, ideea ei vie. Într'o unitate de vederi se confundă viziunea politică, socială și medicală. Cooperarea doctrinară este atât de intimă încât dispar hotarele care odinioară păreau de nepătruns. Politicul se confundă cu cerințele socialului, socialul așteaptă dela medicină realizarea lor, medicina așteaptă o cooperare desăvârșită cu politicul.

Reforma învățământului medical, a profesiei medicale și a structurii spirituale a medicului nu-și poate găsi temel decât în sensul reformelor sociale. Ele se impun fără nicio rezervă, fără nicio întârziere.

Incheiere

Am încercat să evidențiez locul pe care medicina îl deține în Asigurările Sociale. Păstrând toate proporțiile, se vedește că ea este, în adevăr, fundamentul acestor instituții, ocupându-se direct cu capitalul ce-l gospodărește, cu omul. Din acest punct de vedere, adică omul fiind garantul și izvorul producției, al dăinuirii și al propășirii poporului, medicina asigurativă nu poate continua a fi ceea ce este ea azi în asigurările noastre sociale. Ea trebuie să fie funciar preventivă.

Azi ne găsim în fața unui Minister al Asigurărilor Sociale, instituție care va rămâne, pentru simplul motiv că ea este necesară și în evoluția ei normală s'a impus chiar țărilor burgheze. Înaintea oricărei reforme de ordin legislativ sau administrativ, se impune reforma medicinei pe primul plan. O reformă de adâncime, nu de suprafață.

Pe plan științific învățământul nostru medical a fost aproape stărnă medicinei muncitorești. În clipa de față și fără întârziere acest învățământ trebuie să se dăruiască acestor probleme și chiar să se adapteze mersului firesc al lucrurilor. Toate țările industriale s'au ocupat și au dezvoltat noul ram al medicinei moderne: medicina asigurativă. Ele dispun de catedre universitare,

institute speciale, societăți, congrese, reviste și tratate. În multe țări catedra de medicină legală e intitulată și de „Medicină Asigurativă”. Învățământul medicinei legale se ocupă în mod deosebit cu patologia muncii și cu încadrarea ei social-juridică. Ultimele congrese de medicină legală au discutat problemele de bază ale medicinei industriale și profesionale.

Facultățile de medicină românești neîncadrate încă în aceste preocupări progresiste, sunt chemate nu numai a-și însuși acest nou capitol, ci a funda, în cel mai scurt timp, bazele științifice ale medicinei muncitorești din România.

Profesiunea medicală fiind chemată a da un nou impuls și să asigure bunul mers și propășirea noului minister, are imperioasă datoria de a se încadra legii timpului, să se adapteze reformelor sociale. S'a arătat în aceste pagini caracterul esențial social și umanitar al profesiei medicale. Acum când dreptatea socială se clădește pe un umanism integral, profesiunea medicală nu-și va nega definiția și nu va face act de trădare față de misiunea ei adevărată. Nu este suficientă o acceptare sau o supunere pasivă, ci o atitudine activă și pozitivă.

Aceasta implică o reformă a structurii spirituale a fiecărui medic. Epoca medicinei individualiste, care a cunoscut maximum de înflorire la noi, a apus. A apus pentru multă vreme. Pe deasupra interesul personal și material al profesionistului, se ridică și stăruie, interesele superioare ale mulțimei. Pătura noastră muncitorească, cum de altfel marea majoritate a populației este profund sdruncinată, înclăștată în boală și suferință, peste care se suprapune urmăriile războiului. Țara cere, reclamă pentru refacerea și ridicarea ei brațe de muncă, mîini de conducere. E comandamentul suprem al ceasului de față, de care depinde tot viitorul țării.

Corpul medical românesc va răspunde, va trebui să răspundă acestei chemări.

Bibliografie

1. Boulin P.: Organisation de la sécurité du travail Paris—Baillière, 1939, 157 pg., 8°.
2. Daussat I.: Expertise des professions. Paris—Vigot Fr., 1925, 362 pg., 16°.
3. Draghicesco D.: L'idéal créateur. Paris—Alcan, 1914, 440 pg., 8°.
4. Duhamel G.: Les excès de l'étatisme, in Nicolle Ch.: La responsab. de la Méd. Paris—Alcan, 210 pg., 16°.
5. Finkenrath K.: Die Verstaatlichung des Patienten, in: Der Arzt und der Stat. Leipzig—Thieme, 1930, 138 pg., 16°.
6. Freyer D.: Der Arzt und der Gesellschaft. Ibid. 5.
7. Ioanișescu T. D. R.: Tratat de asigurări sociale. Vol I, 1942. Imprim. Rom. București, 468 pg., 8°.
8. Kernbach M.: Dreptul la Sănătate și dreptul de a vindeca. Ardealul Medical, 1942, Nr. 1—3. Extras 8°, 47 pg.
9. Morus Th.: L'utopie. Lumen Animi, 198 pg., 8°.
10. Palmieri Mario: Medicina legale assicurativa. Milano—Vallardi, 1940, 419 pg., 10°.

11. Richter Lutz: Die Verstaatlichung des Arzte. I bd. 5.
12. Roeder R.: Die Sozialisierung der aerztl. Heiltätigkeit. Berlin—Schoetz, 66 pg., 8°.
13. Rohrbeck W.: Grund u. Zeitfragen der Versicherungswissenschaft. Berlin—Springer, 1941, 124 pg., 8°.
14. Sand P.: L'économie humaine... Roeder—Paris, 1934, 303 pg., 8°.
15. Staline J.: Discurs sur le plan Quinquennal. Paris—Valois, 1940, 232 pg., 8°.
16. Ziska A.: Sieg der Arbeit. Leipzig, 1941. W. Goldmann, 380 pg., 8°.
17. Constantinescu Mitiță: Continentul U. R. S. S. București, Imprim. Independenței. 327 pg., 10°.

RESUMÉ

M. Kernbach: La médecine dans le processus de la socialisation

Avec la paix prochaine et la nouvelle organisation du monde, la médecine doit vérifier sa doctrine et ses possibilités pratiques. La médecine n'est pas une institution autonome. Elle s'est adaptée, comme d'ailleurs toutes les institutions traditionnelles de l'humanité, aux grandes idées dirigeantes.

La médecine se trouve devant un nouvel ordre conduit par un humanisme intégral. Elle doit y entrer. La meilleure médecine est celle qui s'est adaptée aux grandes idées, aux exigences du peuple.

La doctrine fondamentale du nouvel monde est la socialisation.

Dans le premier chapitre on résume les idées générales du processus de la socialisation. Les revendications des travailleurs, cristallisées dans l'idée de justice sociale, sont énumérées sommairement.

Dans le centre de ces revendications, la médecine, occupe la première place. Ici elle se trouve près du travailleur, le plus important facteur de la production. La médecine conserve les forces physiques et psychiques qui permettent à l'homme d'entrer et de se maintenir par le travail, dans la communauté de la vie. Elle les cultive et les perfectionne. Elle fait l'économie du capital humain, arrêtant la perte inutile des vies et l'épuisement des forces. Elle bonifie, rente même ce capital, fortifiant et perfectionnant les forces énergétiques de l'individu. Dans le champ immense du risque, dans lequel on lutte avec les assurances sociales obligatoires et générales, la médecine apparaît comme une institution de base, comme la première réalisatrice de la sécurité sociale. En ce fait consiste la capacité sociale de la profession médicale; c'est la caractéristique profondément sociale de l'art et de la science de guérir. C'est la voie même par laquelle le processus de la socialisation comprend cette profession dans sa totalité.

Les deux chapitres suivants, exposent le processus de la socialisation médicale et les principes généraux des assurances sociales. La prévention et la réparation des risques dans le champ du travail, sont les deux buts suprêmes de cette institution.

Du risque professionnel, on tend vers un principe plus large: c'est celui de la sécurité sociale. Le travailleur étant un facteur de production sociale, les citoyens et l'état sont obligés de lui assurer les droits élémentaires humains. En ce sens, on a fondé en Angleterre, une vaste institution qui

comprend l'empire entier dans un nouveau département : Le ministère de la sécurité sociale.

Dans le chapitre suivant, on expose la médecine du travail, conçue dans l'esprit moderne préventif.

La médecine, apparaît comme institution capitale, comme la réalisatrice de la sécurité sociale, en ce qui concerne le capital-homme. Elle s'occupe de l'homme producteur, des forces énergétiques de celui-ci. Elle étudie et offre les voies par lesquelles on peut affermir et maintenir ces forces. Du premier instant elle fait la sélection et l'orientation professionnelles, soit à ceux qui sont sains, soit à ceux qui sont malades. Chaque homme a le droit de travailler. A côté du psychotechnicien, la médecine réalise ce desideratum optimal : chaque homme à son travail. Celui-ci est un chapitre bien étudié, qui s'est montré extrêmement utile.

Suit la partie qui s'occupe de la conservation, l'affirmation et de la perfection de la capacité lucrative. Ici intervient l'hygiène et la physiologie du travail qui doit pré-

scrire les règles pour l'entretien et la réparation des forces énergétiques préjudiciées. L'hygiène individuelle, grégaire, des collectivités humaines, appartient toujours aux mêmes occupations.

La prévention des risques est étudiée dans un chapitre isolé, spécialement à ceux des accidents du travail et des maladies professionnelles. Les mesures sont nombreuses et précises, s'étendant sur tous les métiers.

Suit, en fin, la réparation des risques. En dehors de l'assistance médicale des accidentés, cette branche est dirigée par le principe de la réparation totale et rapide des fonctions du travailleur. Ici on institue aussi la rééducation professionnelle, qui est d'une très grande importance sociale.

La médecine du travail termine son activité assurant la prophylaxie de la paresse et la sanction de la simulation.

Dans ces conditions, l'idée de sécurité sociale de l'existence biologique de l'homme, trouve des grandes possibilités de réalisation avec l'aide de la médecine du travail.

Articole științifice

Considerațiuni în legătură cu un caz de agranulocitoză

de

Prof. I. Tețu și M. Ghimpețeanu

Agranulocitoza a fost semnalată de către Brown și Turck încă din anul 1902 și 1907. Ca boală de sine stătătoare apare numai din 1922, când a fost pe larg descrisă și temeinic studiată de către Schultz. În literatură este cunoscută sub numele de boala lui Werner-Schultz.

La început cazurile erau mai rare.

Astăzi, în revistele medicale din toate țările, o întâlnim în număr din ce în ce mai mare, datorită faptului că examenul morfologic al sângelui se practică în mod sistematic în cazurile în care leziunile amigdalei și ale mucoasei gingivo-labiale sunt însoțite de o stare generală gravă. Astfel se poate constata dispariția granuloцитelor și scăderea numărului leucocitelor pe mmc. din curentul sangvin, semne caracteristice ale agranulocitozelor.

Acești autori (Werner-Schultz) consideră agranulocitoza ca o boală idiopatică, cu o cauză determinantă necunoscută. Alții susțin părerea că ea constituie mai degrabă un sindrom agranulocitar și este datorită unor cauze precise ; stări infecțioase sau de intoxicație.

Oricum am considera-o și numi, analiza cazurilor publicate, ne arată că mai în toate se găsește elementul infecțios sau de intoxicație, care poate fi privit ca provocator de stare agranulocitară, fie pe cale directă, fie indirectă.

Geneza, modul de acțiune, de influențare al organelor hematopoetice este greu de precizat și trebuie să

admitem că, pe lângă cauzele determinante, predispoziția organismului, factorul constituțional, joacă un mare rol în izbucnirea acestor boale.

Din infecțiile incriminate, mai des găsim însoțite : gripa, reumatismul poliarticular acut, pneumococile, streptococile, colibacilele și, a. Din substanțele medicamentose cunoscute că pot declanșa apariția modificărilor sangvine caracteristice, cele mai frecvente sunt : neosalvarsanul, bismutul, piramidonul, sărurile de aur, fenacetina, benzolul și sulfamizidele. Acești factori, endoși și exageni, au facultatea de a inhiba țesutul medular, micșorând sau desorganizând funcția aparatului hematopoetic, prin urmare împiedică formarea elementelor tinere sangvine, sau de a produce o leucoclazie periferică, sau, datorită unui tactism necunoscut, determină retragerea granuloцитelor în așa zisele organe de șoc (splină, ficat).

Leziunile din măduva osoasă, găsite la necropsie, caracterizate prin necroză întinsă și lipsa accentuată a elementelor celulare, afară de modificările anatomo-patologice locale, explică într-o oarecare măsură teoriile patogenice de mai sus.

Agranulocitoza este o boală gravă, cu un pronostic foarte sever. Mortalitatea era de 80—90% mai înainte, astăzi se pare că ar fi scăzut până la 30%, datorită progreselor făcute de terapeutică.

În cursul practicii noastre am putut observa și studia patru cazuri, dintre care trei au sucombat și unul singur a putut fi salvat, cel de față.

Acest fapt ne-a determinat să publicăm în mod amănunțit observația clinică a acestui caz, care ne permite să tragem câteva concluzii pline de învățăminte practice.

Observație clinică. — În ziua de 22 Mai 1943 se internează, prin gardă în clinica O. R. L. bolnava Ecaterina Simion, în vârstă de 21 ani, cu stare generală foarte gravă, febră 40,2°, stare de agitație intensă, delir furios.

Antecedentele heredocolaterale fără importanță.

Antecedente personale: amigdalite repetate, neagă alte boli infecto-contagioase.

Istoric. La 14 Aprilie 1943 bolnava își face o reacție B. Wassermann în sânge, din cauza apariției unei leziuni genitale. Reacția B. Wassermann fiind pozitivă (+++), se duce la serviciul de specialitate al unui dispensar al Casei Centrale, unde începe tratamentul antisifilitic, făcându-i-se două injecții cu bismut și două cu neosalvarsan, în ordinea următoare: la 17 Aprilie bismut, la 19 Aprilie neo, doza 1, la 20 Aprilie bismut și la 11 Mai doza 2 neo. După prima injecție de neosalvarsan bolnava are vărsături și o stare de indispoziție, cari dispar după 6—7 ore. După 22 zile (11 Mai) face a doua injecție de neo, doza 2. După trei ore dela injecție bolnava se simte rău, are greață, vărsături și febră de 40°. Starea aceasta se menține și a doua zi când temperatura este de 41,6° și își face apariția puternice dureri în gât. În ziua următoare este văzută la Serviciul O. R. L. al unui dispensar al Casei Centrale, unde i se pune diagnosticul de angină eritematoasă. I se face badijonaj cu albastru de metilen și i se prescriu gargarisme și prontosil. Bolnava având vărsături pronunțate după prontosil, renunță a-l mai lua. Starea generală se menține rea în următoarele 8 zile, cât timp bolnava stă acasă. Temperatura oscilează în jurul a 40°, întovărășită de frisoane, greață, vărsături, anorexie, delir, insomnie. Cu această stare gravă este adusă în serviciul nostru, în seara zilei de 22 Mai 1943.

Starea prezentă. Bolnava foarte slăbită, astenică, denutrită, cu tegumentele și mucoasele palide, buzele arse, are dureri mari în timpul deglutiției. Este extrem de agitată, are perioade de luciditate alternând cu perioade de pierdere a conștiinței. Frisoanele se repetă des, are crize de contractură, incontinență de materii fecale și de urină. Febra mare, 40,2°. Sgomotele cordului diminuate ca intensitate, tensiunea arterială 9½—6. Reflexele patelare slabe, pulsul abea perceptibil și foarte frecvent. Nimic de remarcat la examenul aparatului genital.

Examen bucofaringean, Mucoasa bucală și faringeană congestionată, limba fulginoasă și arsă. Amigdala dreaptă mărită mult de volum, cu suprafața neregulată, prezintă numeroase cripte în cari se observă puncte pultacee. Amigdala stângă de asemeni mărită de volum, prezintă două ulcerăriuni adânci, cu un diametru de 1½ cm., situate una la polul superior, iar cealaltă în partea mijlocie, acoperite cu un depozit de culoare cenușiu murdară. Stâlpu posterior drept îngroșat și congestionat în toată întinderea lui; lueta edemațiată.

Mersul bolii Chiar în ziua internării se fac bolnavei: ser glucozat hipertonic 80 cmc, ser fiziologic 500 gr., tonicardice, spălături bucofaringeene cu soluții ușor antiseptice. A doua zi, la 23 Mai, se face o puncție lombară, lichidul c. f. r. fiind clar și de tensiune normală. Se face o transfuzie de 200 cmc. sânge, repetându-se restul tratamentului. Starea generală se menține gravă. În ziua următoare, 24 Mai, i se face o hemogramă, care are următorul aspect: hematii 3.400.000, leucocite 1.800. Globulele roșii prezintă anisocitoză.

Formula leucocitară: limfocite mici 40%, limfocite mari 8%, monocite 52%.

Se face un frotiu din exudatul amigdalei stângi, care dă următorul rezultat: frecvenți streptococi, diplococi gram pozitivi. Hemocultura este negativă.

Starea generală se menține aceeași; febră 39,5°.

Având în vedere rezultatul hemo-leucogramei, precum și totalitatea celorlalte simptome, punem diagnosticul de agranulocitoză.

Ca tratament se fac: tonicardice, ser glucozat hipertonic 100 cmc., totalidin, extract hepatic (două fiole hepatic), transfuzie 200 cmc. sânge. La 25 Mai, pe amigdala stângă persistă ulcerările al căror fund este ocupat de un țesut necrotic, cu un aspect albicios murdar. Starea generală se menține aceeași, bolnava este foarte agitată, are accese de furie și trebuie să fie legată. Incontința de materii fecale și de urină persistă, febra 40°. Ca tratament se face o nouă transfuzie de 200 cmc. sânge. La 26 Mai, starea generală aceeași și tratamentul se repetă, făcând a patra transfuzie de 200 cmc. sânge.

Se face puncția sternală care dă următorul rezultat: mieloblaste 12%, promielocite 43%, mielocite 5%, polinucleare eozinofile 3%, polinucleare neutrofile 4%, limfocite 27%, Plasmazellen 2%, metamielocite neutrofile 4%. Măduva săracă în elemente din seria granulocitară, cu predominanța elementelor tinere, măduvă promielocitară cu agranulocitoză. Rezultatul acesta fiind în concordanță cu leucograma.

În ziua de 27 Mai, starea generală este ameliorată, bolnava este conștientă, îi revine pofta de mâncare, nu mai prezintă incontinență de materii fecale și de urină, temperatura 37,8°. Amigdalele sunt micșorate de volum, ulcerările de pe amigdala stângă au devenit mai superficiale, suprafața lor este curată. Se face o transfuzie de 200 cmc. sânge (a cincea), hepatic, totalidin și cantan. Hemo-leucograma din această zi arată: Hematii 2 040 000, leucocite 3 500.

Formula leucocitară: eozinofile 1%, neutrofile neseg. 3%, neutrofile seg. 60%, limfocite 23%, monocite 13%.

La 28 Mai, după 7 zile dela internare, temperatura scade la 37,2°, starea generală se menține bună. Apar fenomene de bronhopneumonie la baza pulmonului stâng. Se suprimă transfuzia și instituim un tratament adecuat, prișniț toracic, transpulmin, expectorante, digitalină 20 picături, extracte hepatice, cantan, totalidin.

Se face o nouă hemo-leucogramă care dă un rezultat asemănător cu cel din ziua precedentă.

La 29 Mai, după opt zile dela tratament, temperatura este de 37° și se va menține astfel până la părăsirea serviciului de către bolnavă. Simptomele pulmonare atenuate.

La examenul bucofaringean se constată îndărătul stâlpului posterior drept, o tumefacție alungită pe peretele lateral al faringelui, care este foarte proeminentă. Se face puncție la acest nivel de unde se extrag 2 cmc. puroi gălbui; imediat se procedează la deschiderea abscesului. Rezultatul frotiului făcut cu puroiul din absces ne dă: frecvenți streptococi, diplococi gram pozitivi și bacili gram pozitivi. Se continuă cu tratamentul din ajun, la care se mai adaugă o transfuzie de 200 cmc. sânge (a șasea).

Rezultatul hemogramei este: Hematii 3 980 000, leucocite 8 900.

Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 70%, polinucleare eozinofile 2%, limfocite 20%, monocite 8%.

În ziua de 30 Mai temperatura sub 37°. Amigdala stângă prezintă în mijlocul ei o pierdere de substanță, cu mucoasa intactă, rezultat al ulcerăției pe cale de vindecare. Prin incizia flegmonului latero-faringean din dreapta se mai scurge puroi, tumefacția fiind încă evidentă; fenomenele pulmonare mai persistă. Ca tratament: hepatic, cantan, prișniț toracic, totalidin, strichnină, transpulmin.

La 31 Mai, starea generală se menține bună, simptomele pulmonare mai atenuate. Examenul sângelui ne arată: hematii 4 010 000, leucocite 9 100.

Formula leucocitară: polinucleare neutrofile 90%, limfocite mici 11%, monocite 9%.

Reacția B Wassermann în sânge negativă. Examen de urină : D. 1015 ; reacție acidă : albumină, glucoză, acetonă, pigmenți biliari absenți. Sediment : numeroase leucocite, rare epiteli, frecvenți urați și fosfați. Tratament : prișniț toracic, transpulmin, strichnină, hepatic, cantan, totalidin.

1 Iunie : aceeași bună stare, se repetă același tratament.

2 Iunie : flegmonul latero-faringean complet vindecat, amigdale de dimensiuni normale ; fenomenele pulmonare abia se mai percep. Același tratament.

3 Iunie : starea generală foarte bună, fenomenele pulmonare au cedat complet. Ca tratament : hepatic, cantan.

Se face o nouă puncție sternală și examen al sângelui. Dăm mai jos rezultatele :

Hematii 3.900 000, leucocite 7.000, trombocite 115.000.

Formula leucocitară : polinucleare eozinofile 3%, polinucleare bazofile 1%, polinucleare neutrofile 63%, polinucleare neseg. 1%, limfocite 30%, monocite 2%.

Măduva osoasă : Mieloblaste 1%, promielocite 1%, mielocite neutrofile 8%, mielocite eozinofile 3%, mielocite bazofile 0%, metamielocite 4%, polinucleare neseg. 45%, polinucleare seg. 23%, polinucleare eozinofile 1%, limfocite 8%, monocite 1%, celule plasmatică 2%, celule reticul. 3%. Reticulocitele în sânge 1/2000, reticulocitele în măduvă 5/1000.

Măduva osoasă cu regenerare bună de tip neutrofil nesegmentat. Neutrofilele cu nucleul în picnoză în insule rotunde.

Următoarele patru zile bolnava are o stare generală din ce în ce mai bună, se repetă injecțiile cu hepatic și cu vitamina C.

Părăsește serviciul în ziua de 12 Iunie 1943 complet vindecată după un tratament de 20 de zile. Revine la control în fiecare săptămână până la 15 Iulie, starea generală menținându-se tot timpul excelentă ; bolnava câștigă în greutate 4 kg.

Acest caz ne pare interesant și instructiv prin întreaga lui evoluție.

Diagnosticul l-am pus, bazați pe aspectul clinic de intoxicație gravă a bolnavei, ceea ce nu putea fi explicat în deajuns numai din ulceratiile amigdalene, și pe examenul morfologic al sângelui, care ne-a arătat dispașiția polinuclearelor neutrofile și leucopenie. Ne-am gândit la un moment dat la posibilitatea unei anghine ulceromembranoase, la o stare de leucemie acută cu variantele ei, pe care le-am eliminat în urma examenului sangvin.

Ca etiopatogenie, fără îndoială, substanța care a putut declanșa apariția sindromului agranulocitar este neosalvarsanul, bolnava fiind o sifilitică și manifestările amigdalene izbucnind în plin tratament cu neosalvarsan. De altfel, a prezentat o oarecare idiosincrasie față de acest medicament dela prima injecție, caracterizată prin grețuri și vărsături și o stare de rău, datorite, fie unei eventuale descompuneri a preparatului, fie factorului individual pe care nu-l putem ghici niciodată.

Baza tratamentului nostru l-au constituit transfuziile sangvine repetate și masive (1.200 cc. în 8 zile), care au reușit, prin pătrunderea a numeroase elemente globulare în sânge, să excite în măsură suficientă organele hemato-poetice și să le mențină puterea de producere a elementelor sangvine tinere.

Pe lângă transfuzii ne-am servit de injecții de ser glucozat hipertonic, de ser fiziologic, de extracte hepa-

tice, totalidin, de vitamina C, tonocardiac, cari împreună cu tratamentul dezinfectant local ne-a dat un rezultat bun.

Complicația locală (flegmonul latero-faringean) și cea pulmonară (bronhopneumonia) le-am considerat ca fenomene benigne, dovedind puterea de reacție a organismului împotriva infecțiilor generalizate.

Evoluția bolii a demonstrat că transfuziile sangvine masive și repetate au o putere leucogenetică mai mare decât derivații acizului nucleic (nucleotidul de pentoză), care în alte trei cazuri nu ne-a dat rezultatul scontat.

Iradierea sternului și a altor oase cu raze X, pe care au folosit-o alți autori, n'am putut-o practica în niciunul din cazurile noastre, încât nu-l cunoaștem efectul terapeutic. Ca principiu însă — întru cât prin distrugerea nucleilor celulari sub influența razelor Roentgen apare în circulație acidul nucleic, agent leucogenetic — este rațional și trebuie aplicată în toate cazurile, afară de cele recidivate, unde iradiația este fără efect.

In concluzie, trebuie să recunoaștem că :

1. agranulocitoza continuă să formeze una din cele mai grele probleme ale patologiei în general și ale buco-amigdalene în special ;

2. etiopatogenia ei nu este complet elucidată ;

3. din punct de vedere terapeutic nu dispunem încă de un mijloc specific de tratament, fiind obligați să combinăm toate mijloacele cunoscute antiinfecțioase și leucogenetice ;

4. mortalitatea ei atinge încă un procent ridicat, 25—30% ;

5. din punct de vedere practic se impune a se face în mod periodic examene morfologice ale sângelui la bolnavii în curs de tratament cu neosalvarsan, bismut, etc., spre a se suprima imediat aceste tratamente la apariția celor mai mici semne de intoleranță ;

6. de asemenea, în toate cazurile de amigdalită ulceromembranoasă cu înfățișare de intoxicație gravă, să se facă sistematic hemo-leucograma spre a putea depista din timp agranulocitoza și a proceda imediat la tratamentul potrivit ;

7. să se facă un control cât mai sever al medicamentelor, examinându-le din punct de vedere chimic, pentru a constata, dacă nu prezintă unele impurități, deoarece acestea pot fi factori provocatori ai sindromului agranulocitar.

LUCRARE DIN CLINICA O. R. L. A FACULTĂȚII DE MEDICINĂ BUCUREȘTI

Director : Prof. I. Teșu.

RESUMÉ

Considérations sur un cas d'agranulocytose

On décrit un cas d'agranulocytose chez une femme de 21 ans, survenue pendant un traitement avec de neosalvarsan. Le cas guérit.

Nevrite post vaccinice

de

Prof. Dr. C. I. Urechia, Dr. Al. Retezeanu și Dr. L. Dragomir

În ultimul timp s'au semnalat unele cazuri de paralizii apărute în urma injecțiilor de seruri făcute în scop preventiv sau curativ. În mai toate cazurile a fost vorba de serul antitetanic și ceva mai puțin de serul antidifteric. Etienne a publicat un caz de nevrîtă apărută după injecții de ser Marmorek (antituberculos). S'au întâlnit paralizii după serul antistreptococic (Babonnelx).

Cl. Vincent și apoi Cauchois (1912), pare să fi publicat primul, sau unul dintre primele cazuri. Lhermitte a publicat în 1918 trei cazuri. Alte cazuri au fost publicate de Marchal, Moricheau-Beaucant, Sicard et Cantaloube, Lhermitte. În 1924 L. Pattet publică un articol de ansamblu asupra accidentelor serice, numind aceste accidente, polinevrite post-seroterapeutice. Termenul de polinevrite însă, nu este acceptat de majoritatea autorilor, aceste paralizii având unele caractere mai mult s'au mai puțin speciale. Alte observațiuni au fost publicate de Etienne și Benech, Weil-Hallé și Lévy, Masson, Sezary și Dessaint, Descout și Leclerc, Souques, Lafourcade și Terrier, Sicard, de Gennes și Coste, Babonnelx, A. Thomas, etc.

Majoritatea acestor observațiuni au fost foarte asemănătoare și constituiesc un grup mai mult sau mai puțin caracteristic, deși patogenia nu e în toate cazurile aceeași. Trebuie avut pe de altă parte în vedere că paralizii asemănătoare se pot întâlni și în cazuri unde nu a fost vorba de seruri. Paralizii apar de obicei cam la 8 zile de la injecțiunea de ser, precedate sau întovărite de simptomele obișnuite bolii serului, deși urticaria nu este constantă. Ele se localizează de obicei pe un membru superior, mai rareori pe amândouă, și sunt mai cu seamă localizate la rădăcina membrului sau la umăr.

Paralizia e de obicei precedată de dureri foarte puternice, cu caracterul seric, interesând majoritatea articulațiilor. Când paralizia este localizată la umăr durerile rămân fixe și au un caracter nevritic dureros destul de pronunțat.

Paralizia la de obicei aspectul paraliziei radiculare superioare a plexului brachial, interesând prin urmare a cincea și a șasea rădăcină cervicală. Paralizia însă nu e de obicei globală, cuprinzând toți mușchii înervați de aceste rădăcini, ci se limitează numai la anumite mușchi sau grupe musculare. Mai frecvent prinși sunt deltoidul, marele dințat și spinosii. Sunt cazuri unde chiar un singur mușchi nu e prins în totalitate ci numai anumite fascicule din el, cum e de pildă cazul cu deltoidul. Paralizia prezintă prin urmare aspectul unei paralizii amiotrofice dissociate a plexului

brachial, de tipul superior. Aceste paralizii parțiale cu atrofiile musculare, nu prezintă de obicei reacția de degenerescență. Când paralizia se localizează la mușchii înervați de a 5-a și a 6-a cervicală, reflexele tendinoase ale membrului superior sunt diminuate sau abolite; iar în unele cazuri toate reflexele sunt păstrate, cu excepția reflexului omoplatului care e abolit. Sunt pe de altă parte cazuri unde numai câțiva mușchi înervați de alte rădăcini decât a 5-a și a 6-a sunt prinși, cum e de pildă trapezul.

În unele cazuri paralizia poate fi mai difuză, întinzându-se la mai multe grupe radiculare.

Cu toate că durerile la început sunt foarte puternice și pot rămâne foarte multă vreme, în cele mai multe din cazuri sensibilitatea obiectivă e intactă. Într'un număr redus de cazuri, procesul patologic s'a limitat la un singur nerv, cum e de pildă radialul în cazul lui Sicard și Cantaloube. În ce privește substratul anatomic al acestor leziuni, trebuie să admitem, fie o leziune a fibrelor motrice la nivelul rădăcinilor anterioare, fie o leziune la nivelul nervilor unui mușchi.

Thomas a întâlnit turburări de sensibilitate și turburări în reflexul pilo-motor. Sezary și Dessaint au întâlnit turburări sensitive într'un caz ce avea mai mult aspectul polinevritic. Babonnelx constată în cazul său un aspect polinevritic de pseudo-tabes. Tinel constată turburări polinevritice, cu turburări de sensibilitate de lungă durată.

Reese prin urmare din cele de mai sus menționate, că paralizii serice prezintă caractere care le diferențiază de polinevritele obișnuite. Caracterul acestor nevrîte e că ele interesează trunchiurile nervoase sau rădăcinile rachidiene; că în cazurile unde simptomele sunt simetrice sau multiple, ele se limitează în mod strict la teritoriul acestor nervi sau rădăcini.

Nevritele serice diferă de polinevritele obișnuite unde atingerea e simetrică și difuză, și electivă a unor grupe musculare ce nu corespund decât la o parte din teritoriile înervate de unul sau mai multe trunchiuri nervoase. În polinevrite e vorba prin urmare de o atingere electivă a unui sistem de fibre sau terminațiuni nervoase. În câteva cazuri însă s'au constatat aspecte polinevritice, fără simptome premergătoare sau concomitente de boala serului ceea ce pentru unii autori ar constitui un oarecare dubiu, dacă accidentele trebuiesc atribuite seroterapiei s'au unei toxinfecțiuni.

Deși în cazurile ce urmează nu e vorba de seruri, ci de vaccinuri, am socotit important cu această ocazie să semnalăm accidentele serice.

N. Al. 36 ani. Nimic anormal în antecedentele hereditare. Neagă boli infecțioase. La etatea de 28 ani blenoragie. În luna Februarie 1944 o nouă blenoragie complicată cu prostatită și orchită pentru care i s'au făcut injecțiuni cu gonoiatren. După injecție a făcut temperatură de 41 grade care a ținut 12 ore. A treia zi dela injecția de gonoiatren foarte concentrat, a simțit o amorțeală însemnată în membrul superior drept, dela cot în jos, precum și o însemnată scădere a forței musculare, așa încât nu mai putea să scrie cu tocul sau cu mașina de scris, și se încheia cu greu la haine. I s'a făcut masajii, injecții, electrizări, cari i-au produs o ușoară ameliorațiune.

La examenul medical nu se constată nimic anormal.

Pupilele sunt egale cu reacțiunile de lumină și acomodatiune prompte. Mișcările globilor oculari sunt libere.

Reflexele tendinoase sunt ceva mai diminuate la membrul superior drept. Celelalte reflexe tendinoase sunt normale. Nu există nici un reflex patologic. Sensibilitatea obiectivă nu ne prezintă nici o turburare. Obiectiv însă acuză o senzație de amorțeală dela cot în jos.

În jumătatea inferioară a antebrațului drept se constată o ușoară atrofie, diferența dela o parte la alta fiind de 1 1/2 cm. O ușoară atrofie la nivelul emințelor tenare și hipotenare, precum și la nivelul interosoșilor. Mușchii antebrațului drept prezintă o ușoară hipotonie. Forța dinamometrică e de 20 la dreapta și 132 la stânga.

Examenul electric al mușchilor nu ne arată nici o reacție de degenerescență, ci numai o diminuare a excitabilității.

La închiderea pumnului, policele nu poate face suficient mișcarea de opozițiune, iar degetele nu pot face complet flexiunea ultimei falange; abducțiunea degetelor e incompletă, iar abducția degetului mic foarte mult diminuată.

Puncția suboccipitală e complet negativă.

În acest caz e prin urmare vorba de un accident nevritic interesând parțial plexul brachial, în urma unei injecțiuni de gonoiatren.

R. Paula, 17 ani; nicio tară în antecedentele hereditare. S'a născut la termen și normal. În prima copilărie a fost debilă și anemică. A suferit de pojar și tusă convulsivă. La 15 ani disenterie și scarlatină. Menstruația regulată.

În Ianuarie 1944 bolnava avusese o scarlatină care a lăsat-o cam obosită. În Februarie e vaccinată împreună cu alte eleve cu vaccin antitific care îi produce o reacțiune foarte puternică cu 40 grade temperatură, și o stare generală gravă, după care la două săptămâni în medie apar fenomenele polinevritice și o paralizie parțială a motorului ocular stâng cu ptoză și diplopie. Turburările oculare nu au avut o prea lungă durată, dar celelalte au persistat; avea insomnie și dureri epigastrice după masă.

La examinarea făcută în Clinica noastră se constată: debilitate, emaciare, tegumentele palide. Organic nu se constată nimic anormal, afară de o tahicardie care variază între 90 și 120. Urina nu conține albumină sau zahăr. Puncția suboccipitală e negativă. Pupilele sunt ușor inegale, cea stângă fiind ceva mai mare; pupila stângă reacționează ceva mai lent la lumină.

Mișcările globilor oculari sunt bune. Când privește înăuntru către vârful nasului, ochiul drept nu poate fi ținut mai mult timp în această poziție.

Bolnava pretinde că nu vede destul de clar cu ochiul stâng, unde vederea este împăienjenită.

Reflexele tendinoase: la membrul superior stâng reflexele sunt diminuate. Reflexul rotulian stâng e abolit, dreptul e foarte diminuat. Reflexele achiliane și plantare sunt foarte mult diminuate.

Reflexele cutanate abdominale sunt abolite.

Nu există reflexe patologice.

Bolnava se plânge de dureri, arsuri, înțepături, și amorțeli la nivelul membrului inferior care sunt mai cu seamă intense la nivelul articulațiunii tibio-tarsiene. La nivelul membrului superior stâng acuză de asemenea dureri.

Din când în când dureri la nivelul cefei.

Palparea maselor musculare e dureroasă; presiunea nervilor e de asemenea dureroasă.

Ușoare turburări de sensibilitate pe traectul nervilor periferici.

Mersul e greoi, dureros, cu stepaj și oboseală rapidă.

I se face un tratament cu betaxină, nicotilamid, stricnină, opoterapie hepatică, tonice, faradizare, masaj.

În acest caz e vorba de o polinevrită rezultată în urma unei vaccinări antitifice. Faptul că bolnava suferise cu puțin timp mai înainte de o scarlatină, constituie o cauză favorizantă.

Deja dela începutul vaccinațiunilor preventive contra febrei tifolde s'au observat un număr de accidente cari de altfel sunt foarte rare. Reacțiunile locale sunt obișnuite, dar de o importanță și intensitate variată; vom menționa astfel durerea locală, eritemul, edemul, placardul erizipeloid, adenopatiile. Reacțiunile generale însemnate se pot traduce prin febră însemnată, stare generală proastă, grețuri, cefalee. În alte cazuri se observă paloare, frisoane, sudori reci, tendință sincopală, un puls mic și accelerat, stare anxioasă.

Toate aceste simptome sunt trecătoare și de scurtă durată, afară de cazuri excepționale când simptomele sunt grave și se pot termina cu moartea în câteva zile. După Alalze simptomele generale benigne se întâlnesc cam în proporția de 15—20 la sută, pe când cele grave de 1 la 150.000. Alteori însă accidentele post vaccinale sunt mai mult s'au mai puțin tardive, putând interesa diferite organe, inclusiv sistemul nervos. Putem astfel întâlni simptome renale, ca albuminurie, hematurie, anurie, cilindrii; complicațiuni digestive ca grețuri, vărsături, hematemăză, diaree, hemoragii intestinale; complicațiuni hepatice ca ictere; turburări sanguine ca leucopenie, hiperleucocitoză, agranulocitoză.

Turburările nervoase deși foarte rare constă în nevrite, paralizii ale motorilor oculari, polinevrite, hemiplegii, monoplegii, paralizii ascendente de tipul Landry, siringomielle, choree, tatanle, crize convulsive, meningism, hemoragii meningeale, etc.

Sistemul vago-simpatic poate fi de asemenea turburat precum și câte odată sistemul endocrin. Posedăm de asemenea în literatură câteva cazuri de turburări psihice ca, melancolie, depresii, stări maniacale.

Nu mai insistăm asupra accidentelor cutanate ca herpes, eritem polimorf, eritem nodos. S'a semnalat în câteva cazuri reactivarea unui psoriazis.

Vom menționa de asemenea herpesul cornean, reactivarea unei vechi irido-ciclitice, sau simptome de glaucom.

Complicațiuni articulare n'au fost aproape niciodată semnalate.

Patogenia acestor accidente nu e destul de clară. Se poate invoca introducerea în organism de antigeni cari produc anticorpi specifici, sau se poate invoca un teren debilitat peste care apare vaccinul.

RESUMÉ

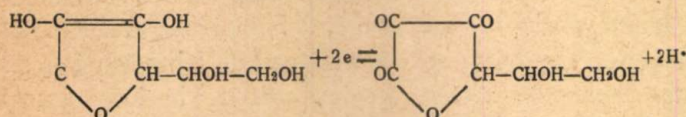
On relate un cas de neurite après une injection de gonoiatréne, et un cas de polineurite après une vaccination antitiphoidique.

Asupra dozării acidului ascorbic în urină

de

Prof. Dr. I. Manta și Dr. E. Maftai

Se știe că acidul ascorbic poate, cu ușurință, să treacă, oxidându-se, la acidul dehidroascorbic. Între aceste două substanțe fenomenul de oxido-reducere se poate reprezenta astfel:



ac. ascorbic + 2 electroni = ac. dehidroascorbic + 2 protoni.

Acceptori ai hidrogenului pot fi substanțe diferite ca: oxigenul, iodul, substanțe colorate organice (albastru de metilen, 2,6 diclorfenol-Indofenol) sau altele (ac. fosfo- 18, tungstic, ac. molidofosfotungstic, etc.). După natura chimică a acceptorului se vor produce corpi noi, rezultați prin reacțiunea acceptorului cu hidrogenul, ca: apa, acidul iodhidric, derivați incolori (leucoderivați) ai substanțelor colorate, corpi colorați produși prin reducerea celorlalte substanțe arătate mai înainte.

Toate aceste reacțiuni, între acceptori diferiți și protonii formați în reacțiunea arătată, au fost folosite pentru dozarea acidului ascorbic. Există astfel numeroase metode de dozare. Cîtăm câteva: titrarea cu iod, cu albastru de metilen (Martini-Bonsignore), cu 2,6 diclorfenol-Indofenol (Tillmanns-Hirsch), cu acid fosfotungstic (Fugita-Ebihara), cu acid fosfo-molibdo-tungstic (Bezssonoff) etc.¹⁾

Metodele propuse sunt bineînțeles aplicate materialelor biologice (lichide, țesuturi). În aceste cazuri apar dificultățile produse pe de o parte de substanțele care, alături de acidul ascorbic, au reacțiuni reducătoare (reductone, glutatlon, cistelnă, ergotlonelă, etc.), iar pe de altă de coexistența în aceste medii a acizilor ascorbic și dehidroascorbic.

Străduințele de a se găsi o bună metodă de dozare a vit. C au avut scopul de a elimina tocmal dificultățile pomenite mai sus. S'au căutat defecanți capabili de a îndepărta substanțele reductoare însoțitoare

a acidului ascorbic. Tschoop a arătat astfel că acidul tricloracetic nu este recomandabil. Acidul sulfosalicilic favorizează oxidarea vitaminei. În această privință acidul metafosforic se comportă ca un stabilizator al acidului ascorbic (Fugita și Iwaike). Rezultate mai bune au dat acetatul de plumb și acetatul mercuric. În fine, în unele metode, se trece acidul dehidroascorbic în acid ascorbic prin acțiunea reducătoare a hidrogenului sulfurat. Alte metode întrebunțează oxidaza (extrasă din dovleac) pentru a trece toată vitamina sub formă de acid dehidroascorbic (Tauber și Kleiner); în acest caz se deduce cantitatea de vitamină prin diferența între puterile de reducere anterioară și următoare oxidării.

Rezultatul tuturor acestor străduințe aduce o îmbunătățire a metodelor fără însă să ne dea posibilitatea de dozare specifică a vit. C. S'a ajuns la concluzia că astăzi nu dispunem încă de o metodă specifică de dozare.

În cele ce urmează ne ocupăm de dozarea vitaminei C în urină (în special), dozare care prezintă interes pentru laboratorul clinic. Două au fost metodele mai des întrebunțate, ca fiind mai simple și expeditiv: metoda titrării cu iod și metoda de reducere a 2,6 diclorfenol-Indofenolului. În deosebi ultima metodă, prin ușurințele pe care unele firme le-au dat medicului, este curent folosită.

Partea experimentală. Titrarea acidului ascorbic cu biodat. În titrarea cu iod ținând seama că o moleculă de acid ascorbic folosește doi atomi de iod pentru a trece total într-o moleculă de acid dehidroascorbic, se va putea afla acidul prezent după cantitatea de iod consumat. 1 cmc soluție de iod n/100 corespunde la 0,88 mgr. acid ascorbic.

Not preconizăm în loc de soluția de iod n/100 o soluție de biodat de potasiu (KH(IO₃), Kahlbaum), cuprinzând 0,3245 gr. la litru. Această soluție se păstrează în flacon brun vreme îndelungată nealterată, și astfel suntem scutiți de a-l mai controla titrul de fiecare dată.

Experiența ne-a arătat că acidul ascorbic este suficient de acid pentru ca reacțiunea cu biodatul de

¹⁾ Detalii se găsesc în: Hinsberg-Lang: Medizinische Chemie; F. Gstirner; Chemische Vitamin-Bestimmungs-Methoden.



B. ADES.



Reprezentanța pentru România: „S.I.F.” s. a. r. București IV, Str. Avram Iancu 32

Laborator de produse
chimico farmaceutice

NEOFARM

București, Șos. Vitan 11
Telefon 5.73.46

CEVIT

Vitamina C. pură

Tablete: Tub 12 buc. à 0.05 gr.

Soluție 5% în injecții de 1 și 2 cmc.

Soluție 10% forte în injecții de 5 cmc.

FERROVITAMIN

LEVOASCORBINAT FEROS
(Fier cu vitamina C)

Pentru tratamentul tuturor anemiilor

Cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Injecții intravenoase

Tablete: flacon cu 30 de buc.

3—5 tablete la zi

SALYTOPHAN

**Pentru tratamentul reumatismului
cronic, acut și subacut**

Intramuscular: cutii cu 5 fiole à 5 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

Anestezic 0,03 gr.

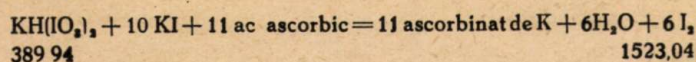
Intravenos: cutii cu 5 fiole à 10 cmc.

Salicilat de sodiu 0,50 gr.

Fenilchinolin

Carbonat de sodiu 0,50 gr.

potasiu să se producă, în prezența de IK, potrivit reacției:



Astfel o soluție cu 0,32496 gr. $\frac{0}{100}$ ($\frac{389,94}{1200}$) corespunde soluției de iod n/100.

Pentru a se efectua dozarea vitaminei cu soluția de biiodat iată cum procedăm: agităm urina cu bolus alba, pentru a-i mai îndepărta din coloranți. La 10 cmc filtrat se adaugă 5 cmc acid acetic 30%, 1–2 cristale iodură de K 4–5 picături soluție de amidon 1% și apoi, din microbiuretă, picătură cu picătură, biiodat, până la colorarea albastră persistentă. Nr. cmc soluție de biiodat înmulțit cu 0,88 ne dă cantitatea de acid ascorbic. Probe paralele se fac defecând urina cu acetat de plumb neutru în felul următor: 10 cmc urină se acidulează cu 5 cmc acid acetic 5% + 5 cmc acetat de plumb 5% + un vârf de cuțit carbonat de calciu pulbere. După filtrare se adaugă puțin sulfat de sodiu pulbere pentru a se îndepărta plumbul, apoi filtrăm din nou. Acum se iau 10 cmc filtrat, se adaugă 2 cmc acid acetic glacial și se titrează cu biiodat ca mai sus.

Comparând rezultatele (în tabloul de mai jos), se observă că valorile acidului ascorbic găsite prin titrarea cu iod sunt cu mult mai mari decât acelea obținute cu reactivul Tillmanns. Chiar după defecarea prealabilă a urinei cu acetat de plumb acest rezultat se menține.

Titrare cu 2,6 diclorfenol-indofenol După Fugita și Ebihara această dozare este mai specifică acidului ascorbic dacă se face într'un mediu a cărui pH = 3. Ținând seama de metoda propusă de acești autori, întrebându-ne însă pentru dozarea soluției standard de acid ascorbic biiodatul de K, dăm mai jos modul de a întreprinde dozarea.

Se face o soluție, cuprinzând cca 5 mgr. % acid ascorbic, în soluție de acid metafosforic 2%. Se măsoară exact 2 cmc soluție de biiodat, aducându-se într'un Erlenmeyer de 100 cmc cu dop șlefuit. Se adaugă 1–2 bucățele de iodură de potasiu pură, se astupă cu dopul, se agită ușor și se lasă în repaus câteva minute.

Acum se lasă să curgă, dintr'o biuretă, soluție de acid ascorbic încet, până când soluția devine slab gălbuie. În acest moment adăugăm 4–5 picături soluție de amidon 1%; soluția devine astfel albastră. Se continuă titrarea, picătură cu picătură până la decolorare.

1 cmc soluție biiodat = 0,88 mgr acid ascorbic. În cazul nostru împărțind 1,76 ($2 \times 0,88$) prin numărul cmc acid ascorbic întrebunțat, vom afla titrul soluției de acid ascorbic în mgr.

Stabilirea titrului în acid ascorbic al soluției de reactiv Tillmanns. Se face o soluție cuprinzând 10 mgr % reactiv Tillmanns. Se iau 10 cmc din aceasta într'un vas Erlenmeyer. Se lasă acum să curgă, din biuretă, picătură cu picătură, soluție de acid ascorbic, până în momentul exact al dispariției colorii roz formate. Numărul cmc soluție acid ascorbic înmulțit cu titrul acidului ascorbic stabilit la punctul A, ne va da cantitatea de acid ascorbic corespunzătoare celor 10 cmc reactiv Tillmanns. Această cantitate împărțită cu 10 ne indică titrul în acid ascorbic al soluției de diclorfenol-indofenol.

Soluția de acid ascorbic în acid metafosforic 2% se poate păstra 2 zile, titrul rămânând neschimbat. Soluția de reactiv Tillmanns 10 mgr % se păstrează la rece (gheață) și întineric mai multe zile.

Dozările se fac direct asupra urinei sau a filtratului de urină defecată cu acetat de plumb, așa cum s'a arătat.

Experiența întreprinsă de noi ne-a arătat că prin defecarea preconizată nu se pierde acid ascorbic, nici din soluțiile pure de acid ascorbic și nici din urină. Acidul ascorbic adăugat urinei s'a regăsit după defecare în întregime.

Rezultatele obținute se pot vedea în tabloul alăturat.

CAZUL	Dozarea cu 2,6 diclorfenol-indofenol		Dozarea cu biiodat	
	Urina direct	Urina defecată cu acetat de Pb	Urina agitată cu bolus alba	Urina defecată cu acetat de Pb.
I	0,802 mgr %	0,79	4,92	4,36
II	1,257	1,17	6,33	5,63
III	2,584	2,36	7,52	6,80
IV	3,17	3,00	6,51	5,36
V	3,38	3,19	5,82	5,20

Concluzii. 1. Metoda dozării vit. C în urină cu iod (biiodat de K) dă rezultate mult mai mari decât acela a reducerii 2,6 diclorfenol-indofenolului. Rezultă că reductonele (uneori și tiiosulfatul de sodiu prezent în urină) nu pot fi îndepărtate prin defecarea cu acetat de plumb decât într'o foarte slabă măsură. Metoda nu poate deci să fie aplicată dozării vit. C în urină. Reacția cu diclorfenol-indofenol apare mai specifică acidului ascorbic în mediu acid, pH = 3.

În dozarea cu diclorfenol-indofenol defecarea cu acetat de plumb produce în general, mici diferențe față de urina nedefecată. Aceste diferențe fiind mai importante totuși în unele cazuri, este bine să întreprindem defecarea. Metoda este mai precisă și poate fi curent întrebunțată.

2. Întrebunțarea biiodatului de potasiu, pe care îl preconizăm în loc de o soluție titrată de iod pentru stabilirea titrului acidului ascorbic, are avantajul de a fi mai expeditivă și ne dă posibilitatea unui control constant. Aceasta este important mai ales pentru dozările efectuate în serie, o vreme mai îndelungată.

3. Am dat, ținând seama de lucrările efectuate până acum, tehnica metodei dozării cu dicloro-fenol-indofenol, astfel ca să poată fi executată cu bune rezultate în laboratorul clinic.

INSTITUTUL DE BIOCHIMIE CLUJ-SIBIU

Contribuție la diagnosticul tifosului exantematic

de

Dr. C. Bari

În preajma unei leri care se apropie amenințătoare și în împrejurările excepționale în care se găsește în prezent țara noastră, se înțelege că discuția în jurul problemei tifosului exantematic (t. ex.) e mai mult decât oportună; ea este chiar necesară, — mai ales când este vorba de a cunoaște mijloace de diagnostic al acestui teribil flagel, care ne amenință în plin război și mișcare de populație. Înainte însă de a face cunoscut lumii medicale românești contribuția personală în această chestiune, am socotit necesar să relevăm mai întâi datele mai principale din literatură cu privire la diagnosticul t. ex.; aceste date vor servi pe de o parte ca un memento pentru medici, și pe de altă parte vor justifica mobilul contribuției noastre.

I. Date recente privitor la diagnosticul tifosului exantematic

De sigur, că nu vizăm a descrie alți simptomiologia clasică t. ex., bine cunoscută de orice medic, după cum iarăși nu vom insista asupra unor mijloace de diagnostic care nu pot fi aplicate decât în laboratorii bine utilitate și cu personal specializat. Pentru o mai bună orientare în tot ce s'a scris în această direcție în ultima vreme cu privire la diagnosticul t. ex., vom împărți datele culese din literatură în două grupuri: unele vor fi de ordin clinic, iar altele de laborator; printre acestea din urmă reacția Well-Felix (r. W. F.) va fi în deosebi discutată.

a) Din primul grup trebuie amintit dermatismul întârziat, un mijloc simplu de diagnostic, pus în valoare recent de Sylla și Pankow (1). Pielea exantematicilor, excitată în mod mecanic, răspunde mult mai târziu decât în mod normal printr'un dermatism a cărui apariție poate întârzi până la 50". Acest simptom este destul de frecvent și de precoce după autorii de mai sus și ar avea după ei și o valoare de prognostic, pentru că cu cât dermatismul e mai întârziat (normal 5—10") cu atât cazul e mai grav, — probabil ca o urmare a impregnării anumitor centri din organism cu toxina exantematicului.

Büttler (2) atrage atenția asupra unui nou semn clinic de diagnostic și anume depozitul caracteristic de pe limba exantematicilor, care are un aspect șocolu și e asociat întotdeauna cu catarul ocular, relevat deja de vechii clinicieni.

Experiența mare din războiul actual a determinat pe unii (3 și 4), să facă cercetări mai ample asupra turburărilor circulatorii și miocardice dela exantematic.

Ei au descris forme speciale de miocardită, care persistă și în convalescență și au găsit la electrocardiogramă în mod destul de frecvent (80—90%), modificări în domeniul lui S. T., și T. Interesant de notat că aceste modificări, confirmate de mulți clinicieni, apar chiar în primele zile de boală, atunci când clinica nu arată nici un simptom revelator. Discuția însă persistă dacă cordul e interesat în t. ex., prin leziunile pulmonare sau cele nervoase centrale, sau numai prin cele întregi ale miocardului.

În fine Lieben (5) vorbește de o comportare specială a urinelor dela exantematici; în 78% din cazuri el observă o floculare coloidală de albumină, în o fază de fină dispersiune, încât urina apare turbure peste coloana de albumină precipitată de reactivul Essbach și care floculare poate rămâne zile în șir; e vorba de o albumină specială, fin dispersată, și care nu precipită cu SO₄ Mg., ci numai cu acid acetic.

b) Datele recente privitor la mijloacele de diagnostic prin laborator sunt mai numeroase și unele din ele mai importante ca cele clinice:

Începem mai întâi cu cele relativ la r. W. F. asupra căreia s'a scris așa de mult dela prima ei aplicare în 1917. Două sunt punctele care trebuiesc subliniate în această privință: mai întâi valoarea acestor reacții ca mijloc de diagnostic în t. ex., și până la ce limită ne putem baza pe ea și apoi modificările de tehnică aduse în ultimul timp la tehnica clasică.

Toată lumea medicală nu ignorează faptul că astăzi nu se poate stabili în mod sigur diagnosticul de t. ex., fără a nu face apel la această seroreacție, — atât de des criticată din cauza caracterului ei nespecific și atât de practică din cauza simplității de execuție și a frecvenței ei pozitive în această boală. Cel de al doilea război mondial vine să confirme încă odată ceea ce s'a stabilit în primul război, adică r. W. F. este foarte des pozitivă în t. ex. Noi achiziții însă trebuiesc relevate: așa, spre exemplu, titrul reacției nu mai contează dela 1/50, ca odinioară, ci trebuie să fie de cel puțin 1/200 pentru ca reacția să capete o semnificație în diagnostic. Această schimbare de titru a rezultat pe de o parte prin înfostarea și concomitent vaccinația populației în țările endemice de t. ex., iar pe de altă parte prin faptul că boli infecțioase microbiene, deci fără nicio legătură cu t. ex. (infecțiile tific-paratific, dizenteria, etc.) pot mări în mod nespecific titrul de aglutinare; deci pentru discernerea aglutininelor anti-proteus trebuie executată r. W. F. într'un titru mai mare. Am mai putea invoca și o altă eventualitate, cea a unei infecții mixte

(ex.: tifos + tifoidă), când iarăși e nevoie de o r. W. F. pozitivă într'un titru mai ridicat ca cel indicat în prima ei aplicare. Ca un corolar la aceste constatări urmează și recomandarea de a se face concomitent cu r. W. F. și reacția *Widal*. Această conduită de diagnostic a fost indicată de altminteru mai mult de *Otto* și *Munter* (6), și recent de *Kunert* și *Buch* (7), care au făcut mii de reacții W. F. în ținuturile din Răsărit. Dimpotrivă unele cercetări (8 și 9) au găsit de curând că în mod paradoxal bolnavii de exantematic, odinioară vaccinați, prezintă o r. W. F. pozitivă în serul lor într'un titru mult mai mic ca restul exantematicilor. În fine ca o completare la lista de boli, alte decât t. ex., în care putem întâlni r. W. F. pozitivă, *Buchwald* (10) recent ne indică și următoarele boli: trachomul, panencefalomelita și diverse rickettsioze. Adăugă că *Sonnenschein* (11), încă din 1924 ne atrage atenția într'o serie de articole asupra unui alt fapt, și anume că putem găsi r. W. F. pozitivă, și încă într'un titru ridicat, în bronșite, pleelite, cistite, etc. provocate de b. proteus, deci boli care nu au nicio relație etiologică cu t. ex.

Cât privește tehnica, o modificare interesantă și practică ne-a oferit-o *Steuer* (12) prin metoda sa numită „aglutinare cu sânge uscat”, care trebuie considerată în fond ca o reacție preliminară clasicei r. W. F. Metoda lui *Steuer* prezintă marele avantaj că se poate executa înafară de laborator și la o mare masă de oameni fără a fi nevoie de aparatură specială și mai ales fără pierdere de vreme. Chiar și la această simplă metodă a lui *Steuer* s'au făcut de curând modificări interesante, ca cea recomandată de *Hollmann* (13), (adaus de albastru de metilen la emulsia de proteus), sau cea a lui *Schäffer* (14), care adăugă alcool la emulsia de proteus, — pentru a-l da o mare durabilitate.

În ce privește celelalte mijloace de diagnostic în t. ex. prin laborator, — și sunt multe, — nu facem decât să le pomenim. Deși de-o strictă specificitate, întrecând în valoare clasică r. W. F., totuși toate aceste mijloace suferă o critică comună: ele sunt de-o tehnică dificilă, reclamând un laborator bine utilat și personal specializat, — într'un cuvânt nu sunt practice. Între aceste mijloace amintim proba cutanată, deja preconizată de *Friedberger* încă din 1919, care întrebunța pentru diagnostic un extract de proteus X (exantimă). De curând însă *Giroud* (15) a reluat studiul acestei probe și a ajuns la concluzia că bolnavii (aparenți sau inaparenți) dau o reacție cutanată mai evidentă și sensibilizarea cutanată a lor ține toată viața, pe când la vaccinați reacția e mai slabă și nu durează decât un an. *Bischoff* (16) de asemenea utilizează pentru diagnostic proba cutanată cu vaccinul lui *Welgl* și găsește că reacția e pozitivă la sănătoși sau la bolnavi cu alte boli decât la ex., pe când exantematicii și vaccinații dau o reacție negativă. E vorba, după acest autor, mai de grabă de

fenomene alergice — a organismului uman supra-sensibilizat la albuminele de păduche, decât de fenomene locale provocate de toxina exantematicului ce pot fi eventual neutralizate de anti-corpi specifici din organism.

A propos de toxina exantematică: încă de multă vreme se bănuia că patogenetic t. ex. se reduce la o impregnare a organismului cu o toxină. Se ignora natura și proveniența ei, dar de când virusul exantematicului recte rickettsia, a putut fi cultivat nu a întârziat și descoperirea toxinei exantematice de către *Gildmeister* și *Haagen* (17). Acești autori au reușit mai apoi să neutralizeze această toxină cu serurile convalescenților de t. ex. — de unde a decurs un nou procedeu de diagnostic prin așa zisul test de neutralizare. Dar trebuie de remarcat că acest test cât și cel cutanat, practicat anterior descoperirii toxinei exantematice și care constă în neutralizarea virusului exantematic prin corpi viruliciți prezenți în serul de convalescent (om sau animal), — așa cum am constatat și noi personal într'o lucrare recentă (18), — nu ne înlesnește decât un diagnostic retrospectiv. Din această cauză, cât și din faptul că este de-o tehnică dificilă, proba neutralizării nu este practică și prezintă mai mult un interes teoretic. De asemenea nu au intrat în practică nici următoarele metode de diagnostic ca reacție de fixare a complementului (*Wagner*), nici reacția de precipitare, nici stabilirea indexului opsonic (*Castaneda*) (19), deși teoretic aceste metode sunt justificate și de-o riguroasă specificitate ca rezultat.

Rezumând dar cele mai sus expuse constatăm astăzi, practic, un diagnostic corect de t. ex. se poate face numai prin două căi: clinic, prin interpretarea justă a tuturor simptomelor de boală, — bine înțeles când ele există — și aici un ajutor prețios ni-l dă factorul epidemic; prin ajutorul laboratorului apoi, care se reduce la executarea r. W. F. în sângele bolnavului, — de sigur și aici ținând seamă de restricțiile, indicațiile și toate datele enumerate mai sus. Dar aceasta nu e totul. T. ex. este o boală infecțioasă destul de protel-formă, — mai ales în ținuturile endemice unde deseori întâlnim forme abortive, inaparente sau forme ușoare și atipice, așa cum a fost în cazul nostru. Ori în asemenea cazuri, când clinica e pe de față, nici laboratorul nu ne ajută mult, căci — după cum am văzut mai sus, — nu putem pune o bază absolut sigură numai pe r. W. F. din sânge. *Buchwald* (10), în cercetările epidemiologice făcute cu ocazia campaniei din Răsărit se arată de asemenea sceptic în privința r. W. F. în sânge, cel puțin în primele zile de boală, nu e capabilă să diferențieze limita dintre aglutinările patologice și specifice de cele normale sau paraspecifice și scepticismul acestui cercetător e cu atât mai justificat, cu cât în aceleași ținuturi endemice, unde întâlnim forme abortive sau inaparente de t. ex., putem avea forme perfect tipice și chiar grave

în care r. W. F. e negativă. Prin urmare cazurile suspecte, adică cu R. W. F. pozitivă în sânge dar fără simptome tipice, rămân în discuție în ce privește diagnosticul. Chiar dacă în asemenea cazuri dubioase am recurge ca Steuer (20) la tehnica aglutinării prin metoda uscată, vom constata cu surprindere ca și el că nu există niciun paralelism între rezultatele tehnicii sale și cele obținute prin reacția clasică. Discuția poate că ar fi tranșată aici ca și în cazurile tipice dar cu r. W. F. negativă în sânge, dacă am utiliza ca antigen o emulsie de *Rickettsia prowaceki* în loc de *b. Proteus* (19). Dar ne grăbim a adăuga că deși astăzi e posibilă cultura *Rickettsiilor*, totuși aceasta nu se poate face într'un laborator obișnuit și deci forțați suntem să rămânem la vechea r. W. F.

Medicul însă conștient și zelos mereu ne va întreba: ce facem în cazurile tipice, clinice, de t. ex. dar cu r. W. F. negativă în sânge? Sau, dimpotrivă, cum interpretăm r. W. F. pozitivă în multe forme abortive sau inaparente, — mai ales când asemenea cazuri se pot întâlni și în fluturii unde nu bătăile t. ex., — așa precum a putut arăta recent *Bogendörfer* (21)? Dar în cazurile de t. ex. survenit la vaccinați, cari deseori prezintă, cum am văzut, — r. W. F. negativă sau cel mult pozitivă într'un titru mic și deci fără semnificație în diagnostic? Trebuie să adăugăm la nedumeririle de mai sus și alte eventualități în care diagnosticul e dificil, — cum sunt cele relatate de curând de *Walter* (22) în războiul actual; e vorba de așa zisa a doua boală în care convalescenții de exantematic, deja afebrili un timp, face din nou febră și alte simptome morbide; r. W. F., de obicei pozitivă în sânge în asemenea cazuri, trebuie interpretată ca răspunsul unui organism deja vaccinat, sau ca răspuns la o nouă infecție?

Firește că în toate aceste eventualități dificile laboratorul încă ne-ar putea oferi și alte mijloace de diagnostic decât cele pomenite mai sus și prin ajutorul cărora s'ar confirma sau infirma diagnosticul de t. ex. Astfel s'ar putea recurge la hrănirea păduchilor normali pe asemenea cazuri, cu controlul ulterior al *Rickettsiilor* în intestinul sau fecalele păduchilor; sau s'ar recurge la inocularea la cobai a sângelui recoltat dela asemenea cazuri dubioase pentru a obține o boală experimentală. Și aici, însă opunem același critică ca mai sus, anume că nu în orice laborator și nu de orișicine se pot efectua asemenea probe, perfecte în principiu, dar nepractice ca realizare.

Pentru toate aceste motive noi am crezut că am putea rezolvi măcar în parte problema diagnosticului în t. ex., recurgând la executarea r. W. F. din lichidul cefalo-rachidian, concomitent cu cea din sânge.

II. Reacția Weil—Felix în lichidul cefalo-rachidian de la diferite cazuri de tifos exantematic

1. *Introducere.* Ideea de a utiliza lichidul cefalo-rachidian (l. c. r.) dela bolnavi tipici sau suspecti de t. ex. pentru diagnostic nu răspunde numai unei cerințe a clasicei r. W. F. din sânge.

Ea aduce în discuție în același timp existența anticorpilor în l. c. r., existență, care pare cu atât mai plauzibilă, cu cât nu rareori bariera hemato-encefalică e ruptă în t. ex. (Ding, 23). De altminterlea existența aglutininelor și a altor anti-corpi specifici în l. c. r. al exantematicilor a fost dovedită încă de mult de diferiți autori și prin diverse metode (6). Astfel unii (Felix, Weil și Saueck, Starkenstein), au pus în evidență încă de multă vreme prezența hemolizinelor după reacția lui *Weil* și *Kafka*; alții au găsit incidental r. W. F. pozitivă. Ba *Wagner* a mers și mai departe, afirmând încă din 1917 că reacția sa de fixarea complementului în l. c. r. al exantematicilor s'ar găsi pozitivă într'un procent cu mult mai mare ca reacția de aglutinare. Problema anticorpilor din l. c. r. al exantematicilor a fost reluată în 1925 de *Krukowski*. Acesta confirmă pe cercetătorii anteriori și ajunge final la concluzia că r. W. F. se poate obține pozitivă în l. c. r. al exantematicilor, — indiferent dacă se întrebuintează ca antigen *Pr. X₁₉*, sau *Richttsia*. Toate aceste cercetări însă nu au depășit laboratorul; prin ele se urmărea numai să se rezolve o problemă pur teoretică, aceea dacă în l. c. r. al exantematicilor se găsesc sau nu anti-corpi și proveniența lor. În această privință opinia generală era că anti-corpii constatați în l. c. r. s'ar explica prin marea permeabilitate a vaselor sangvine în general și a celor meningeale în special, — atacate cu predilecție cum se știe de virusul exantematic. Prin această permeabilitate deci se permite trecerea liberă a anti-corpilor din sânge în spațiul ventricular și ependimar. *Von Zielinski* este chiar tranșant, afirmând că în l. c. r. anti-corpii pur și simplu „se strâng” din economie și de aici explicația diverselor reacții pozitive în l. c. r. citate mai sus.

Nu discutăm veracitatea acestor ipoteze, neconfirmată încă de medicina experimentală; ne mulțumim numai de a releva faptul că toate rezultatele de mai sus nu au dus la o explicație practică și la o întrebuintare largă în felul r. W. F. din sânge. Aceste cercetări au rămas obiectul de studiu al laboratorului și deci neutilizate până în prezent în clinică. Ori noi ne-am propus ca reacția de aglutinare din l. c. r. să capete o valoare de diagnostic în t. ex. tot așa de mare, dacă nu superioară, ca reacția W. F. în sânge. În acest scop am precedat sistematic la reacția de aglutinare în l. c. r. la 68 cazuri de t. ex. concomitent bineînțeles cu executarea r. W. F. în sânge. Ideea era de altminterlea cu atât mai ușor realizabilă, cu cât punctia sau punctiile rachidiene la exantematici reprezintă după noi o tera-

peuticiz fericită pentru degajarea centrilor nervoși de presiunea intracraniană mărită și destul de frecventă în t. ex. Trebuie de pe acum să atragem atenția că a mai fost un motiv care ne-a determinat la această reacție; toate cazurile studiate de noi reprezentau o singură epidemie locală de vară (Mai—Iunie), deci cu un caracter blând și în care nu rare (42,12%) au fost cazurile abortive și atipice, adică cazuri fără erupție sau cu o erupție fugace și necaracteristică. În asemenea cazuri r. W. F. din sânge, deși pozitivă, era, după cum am văzut mai sus discutabilă; mai mult: multe din ele aveau un titru în jurul lui 1/200 și chiar mai mic. Cum pe de o parte epidemia survenită era evidentă, oferindu-ne și cazuri tipice și cum pe de altă parte în laboratorul unde lucram (Spitalul Militar, Alba-Iulia) nu aveam la dispoziție toate mijloacele pentru precizarea diagnosticului pomenite mai sus (neutralizare, fixarea complementului, inoculare la animale etc.), de aceea am recurs la această metodă prin care simplitatea ei ne oferea toate șansele de lucru.

2. *Tehnica.* În principiu r. W. F. în l. c. r. nu se deosebește de cea din sânge. Ca antigen întrebuițăm aceeași sușă de proteus ca și pentru sânge. Mai întâi facem emulsia direct în l. c. r. nediluat, iar când aglutinarea se arată foarte puternică, recurgem și la titrări. În acest scop procedăm la diluții variate (1/10—1/300) între l. c. r. și emulsia bacteriană în ser fiziologic. De la sine înțeles că recolta lichidului c. r. se făcea concomitent cu aceea a sângelui, pentru a obține un grad de comparație cât mai apropiat. Probele — ca și în cazul cu sânge — se țineau două ore la termostat la temperatura de 37—38°, iar apoi la temperatura laboratorului și citirea lor se făcea regulat după 12 și 24 ore.

Marcarea rezultatelor pozitive s'a făcut convențional cu + (slab pozitiv), ++ (mijlociu pozitiv) și +++ (intens pozitiv) în probele de l. c. r. nediluat.

3. *Rezultate și comentarii.* Faptul că vom obține și în l. c. r. o aglutinare similară cu cea din sânge în cazurile tipice de t. ex. era o quasi-certitudine. Ce era mai întâi de cercetat era faptul de a ști dacă există un paralelism între rezultatele obținute în ambele reacții. Ori, după cum se poate vedea din tabloul de mai jos (V. tabloul nr. 1), paralelismul a fost aproape complet.

Tablou Nr. 1.

R. W. F. în sânge	Titru	Total	R. W. F. l. c. r.	Gradul de aglutinare	Total
+++	1/200	47	+++	intensă	41
++	1/200	16	++	mijlocie	16
+	1/200	5	+	slabă	6
negativă	0	—	negativă	nulă	5
		68			68

O disociere se constată numai în cinci cazuri, în sensul că din totalul de 68 de cazuri de t. ex. studiate și cu r. W. F. pozitivă în sânge, numai în cinci cazuri l. c. r. s'a arătat negativ în același timp, deci într'un procent destul de mic (7,35%).

După cum vom vedea în considerațiile de mai jos, această disociere, deși nu oferă reacției W. F. din l. c. r. un caracter de absolută siguranță pentru diagnostic, ea are cu toate acestea importanța ei, asupra căreia vom insista.

Căutând a aprecia și mai mult valoarea r. W. F. în l. c. r. la exantematici, ne-am gândit apoi la posibilitatea unei relații oarecare între forma clinică a boalei și gradul de aglutinare. A priori, se putea anticipa și afirma că și în acest caz nu există vreo legătură, — așa precum știm din rezultatele obținute la r. W. F. din sânge. Întradevăr datele statistice (v. tabloul Nr. 2), ne arată că rezultatele (pozitive ori negative) a r. W. F. din l. c. r. ca și cele din sânge nu sunt în legătură directă cu una din formele clinice alese de noi și care ne interesează mai mult, adică formele tipice și atipice. De relevat numai că rezultatele negative în statistica noastră se găsesc în reacțiile din l. c. r. și anume în grupa cazurilor tipice și nu din cele atipice, — un motiv mai mult de a întrebuița reacția W. F. în l. c. r. pentru diagnostic.

Tablou Nr. 2.

Cazuri	Reacția Weil Felix		
	în sânge	în lichidul c. r.	Total
Tipice	Pozitive = 40 Negative = 0	Pozitive = 35 Negative = 5	40
Atipice	Pozitive = 28 Negative = 0 68	Pozitive = 28 Negative = 0	28 68

S'a întâmplat ca în toate cele 68 cazuri studiate de noi r. W. F. în sânge să fie pozitivă; ar urma în mod logic că cercetarea r. W. F. în l. c. r. să apară de prisos. Dacă însă ne gândim la faptul că grupul de cazuri atipice prezenta simptome clinice puțin caracteristice de t. ex., ca o febră de durată mijlocie de 9—10 zile, catar ocular, algi dureroase și o mare debilitate la instalarea convalescenței; că aceste cazuri, cari în majoritate proveneau din Basarabia, deci dintr'un tînut endemic cu t. ex. și prin urmare r. W. F., pozitivă din sânge era discutabilă și numai un titru ridicat al ei trăgea în balanță pentru diagnosticul de t. ex., atunci înțelegem necesitatea de a recurge la o nouă probă pentru un diagnostic mai sigur. Mai trebuie adăugat apoi

numărul mic de cazuri din grupa exantematicilor atipici în care r. W. F. pozitivă în sânge prezenta un titru mai ridicat de 1/200, — (pentru restul cazurilor atipice ne-am servit mai mult de noțiunea de epidemie, bolnavii venind din același focar), — și care însemna încă un motiv mai mult să recurgem la aglutinarea din l. c. r. De altminteralea statistica, — de astădată făcută după criteriul gradului de aglutinare, — ne-a mai indicat încă un motiv de a recurge la r. W. F. în l. c. r. atunci când e vorba de t. ex. și mai ales de forma lui atipică: după cum se poate constata în tabloul următor, r. W. F. intens pozitivă, respectiv cu un titru mai mare de 1/200 din grupa cazurilor atipice o găsim într'un număr și deci într'un procent mai mare în l. c. r. (67,5%) decât în sânge (57,14%). În trecut relevăm că și aici, ca și în tabloul Nr. 1, se constată același paralelism între reacțiile de sânge și cel din l. c. r., cu excepțiile arătate mai sus, adică cele cinci cazuri din grupa celor tipice, în care r. W. F. era negativă în l. c. r. și procentul mare de reacții intens pozitive în l. c. r. din grupa cazurilor atipice.

Tabloul Nr. 3.

Cazuri		Reacția Weil Felix							
		In sânge				In lichidul cefalo-rachidian			
		>1/200	1/200	<1/200	negativ	+	++	+++	negativ
Tipice	Nr.	1	8	31	0	3	10	22	5
	Proc.	2,5%	20%	77,5%	0%	7,5%	25%	55%	12,5%
Atipice	Nr.	4	8	16	0	3	6	19	0
	Proc.	14,28%	28,56%	57,14	0%	10,7%	21,14%	67,5%	0%

Revenind la prima excepție, care până la un punct ne-ar inclina a ne îndoi de valoarea reacției noastre în diagnostic, am căutat să-l găsim o explicație. Spre surprinderea noastră, studiul clinic al acestor cinci cazuri cu r. W. F. negativă în lichid, dar pozitivă în sânge, ne-a arătat că e vorba în toate de forme grave de t. ex. și asociate cu turburări nervoase (cefalee foarte intensă, delir, tendință la fugă, meningism pronunțat). Acest fapt ne face să admitem că nu marea permeabilitate a vaselor din meninge, evidentă de altfel în orice caz de t. ex., și nici ruperea barierii encefalohematice deseori întâlnită în t. ex., sunt factorii care provoacă apariția sau „concentrarea” anticorpilor în l. c. r., ci însăși starea funcțională a sistemului nervos central ca organ de sine stătător și formator de anticorpi. Când acest sistem e prea intoxicat de toxina exantematică, el nu mai poate atunci să reacționeze și să răspundă cu formare de anticorpi și deci vom găsi în asemenea cazuri o r. W. F. negativă sau cel mult slab pozitivă în l. c. r. Dimpotrivă,

în cazurile ușoare și în acele atipice chiar, organismul inclusiv sistemul nervos au tot timpul pentru apărare, ba uneori, — cum a fost în cazurile noastre, — sistemul nervos central pare să prevaleze în acest rol și așa întâlnim reacții W. F. dubioase în sânge, dar net pozitive în l. c. r. — De sigur că aceasta este numai o ipoteză și rămâne ca medicina experimentală și cercetarea reacției pe un număr mare de cazuri să verifice veracitatea acestor ipoteze.

În orice caz, oricare ar fi locul de formare a aglutinelor din l. c. r., ceea ce e sigur este faptul că ele există, și aceasta este cu atât mai concludent pentru diagnostic, cu cât ele pot fi puse în evidență prin r. W. F. în majoritatea cazurilor de t. ex. și mai ales în formele sale abortive sau atipice, unde până în prezent ne lipsea un mijloc practic și sigur de diagnostic.

De sigur că aceste aglutinine din l. c. r. nu sunt în proporții egale în toate cazurile de t. ex. și marcarea noastră convențională e departe de a indica în mod exact cantitatea acestor anticorpi. Am căutat pentru acela — similar ca în sânge, — să determinăm titrul lor într'un număr de 44 de l. c. r. cu r. W. F., pozitiv. Rezultatul acestor cercetări îl redăm în tabloul de mai jos:

Tabloul Nr. 4

Limita aglutinină	1/10	1/25	1/50	1%	1/200	1/300
Nr. de cazuri:	20	11	8	3	1	1
	42					

După cum vedem, în majoritatea cazurilor titrul maximum găsit este destul de mic și în general sub 1/200; din această cauză l. c. r. trebuie întrebuințat nediluat pentru diagnostic.

Încă un punct important care urmează a fi clarificat cu această ocazie este specificitatea r. W. F. în l. c. r.; această clarificare e cu atât mai imperioasă cu cât se știe că specificitatea r. W. F. din sânge încă este discutată. Ori, pentru a demonstra într'un caz r. W. F. în l. c. r. este intradevăr specifică și nu e vorba și aici, ca și la cea din sânge, de aglutinine normale sau para-specifice, am procedat concomitent cu cercetările de mai sus la următoarele probe pe control:

a) am executat r. W. F. în l. c. r. recoltat dela alți bolnavi decât exantematici și anume în pneumonie, oreillon, meningită t. b. c., lues secundar; în toate aceste cazuri am găsit-o complet negativă;

b) în 17 din cele 68 de cazuri cercetate am executat și r. Widal în l. c. r. cu următoarele rezultate: în 4 cazuri reacția Widal a fost negativă, iar în 13 cazuri a fost găsită slab pozitivă pentru unul sau toți bacilii din grupul tific-paratific;

c) cum scopul nostru urmărea a reda r. W. F. din l. c. r. aceeași valoare de diagnostic în t. ex. ca și r. W. F. din sânge și chiar de a considera ca un mijloc de diagnostic mai superior în formele abortive și atipice ale acestei boli, de aceea am mers mai departe cu cercetarea r. Widal în l. c. r. și anume în alte cazuri decât t. ex. și în special în cazuri quasi-normale, cazuri însă care nu prezentau în antecedente t. ex. Orl și alci, ca și în eventualitatea precedentă (b), r. Widal era negativă în majoritatea examenelor. Am întâlnit însă și alci reacții slab pozitive. Care-l explică aceste rezultate pozitive? E vorba de aglutinine normale sau paraspecificale ale l. c. r., similare celor constatate în sânge, — care eventual se potențiază în cursul unei maladii intercurrente, ori mai degrabă rezultatul unei vaccinații anterioare cu vaccin T. A. B.?

Încercăm mai mult spre ultima explicație, căci lucrând în mediu militar, am putut afla în antecedentele tuturor cazurilor vaccinația antitifico-paratifico.

Rezumând datele oferite de literatura din ultimii ani, cât și rezultatul cercetărilor noastre cu privire la r. W. F. în l. c. r. de la exantematice, putem conchide următoarele:

a) Există cazuri atipice de t. ex. (abortive, inaparente, boală la vaccinații), unde nici semnele clinice, nici r. W. F. în sânge nu ne permite să stabilim un diagnostic cu toată precizia, — cu toate că experiența războiului ne oferă multe date interesante cu privire la clasică r. W. F. — adică cea din sânge;

b) Sugestia noastră de a executa în asemenea cazuri dubloase și dificile de diagnosticat r. W. F. în l. c. r. pare să fie promițătoare, căci din rezultatul cercetărilor

făcute pe 68 cazuri variate din o epidemie de t. ex., și în care formele atipice erau destul de frecvente (41,17%), execuția r. W. F. în l. c. r. a fost posibilă ca tehnică și de ajutor însemnat pentru diagnostic.

Rămâne ca studiul experimental în laborator pe de o parte, cum și verificările pe teren și pe un număr mai mare de cazuri pe de altă parte, să aducă poate mai multă lumină și eventual să confirme felul nostru de a gândi și a lucra.

Bibliografie

1. Sylla L. și Pancow J.: Kl. Wo., 1943, I, p. 57.
2. Büttler F.: Med. Klin., 1943, I, p. 234.
3. Roberts H.: Kl. Wo., 1943, I, p. 254.
4. Aschenbrenner R.: Kl. Wo., 1943, I, p. 1.
5. Lieben G.: Kl. Wo., 1942, I, p. 500.
6. Otto K. și Munter H.: Handbuch der Mikroorg. 3. Auflage. Bd. 8, p. 1107. Verlag: Fischer, Urban & Schwarzenberg, 1930.
7. Kunert și Buch: Zeitschrift für Immunitätsforschung, Bd. 102, 1942, p. 133.
8. Greter W.: Zeitschr. für Immunitätsf. Bd. 102, 1942, p. 291.
9. Lüpfler și Fischer: Arch. F. Hyg. Bd. 109, 1943, p. 298.
10. Buchwald H.: Zeitschr. für Immunitätsf. Bd. 100, 1941, p. 409.
11. Sonnenschein C.: Deutsch. m. Wo., I, 1943, p. 11.
12. Steuer W.: Münch. m. Wo., Nr. 2, 1942, p. 12.
13. Hollmann: Mil. Arzt, 7, 1942, p. 136.
14. Schäffer: Deutsch. m. Wo., I, 1943, p. 63.
15. Giroud P.: Bull. Path. Exot., vol. 35, 1942, p. 345.
16. Bischoff S.: Kl. Wo., 1943, I, p. 227.
17. Gildmeister și Haagen: Deutsch. med. Wo., 1940, 2, p. 878.
18. Barth C.: Zeitschr. für Immunitätsf., Bd. 104, 1943, p. 227.
19. Castaneda R.: Journal of Immunology, vol. 31, 1936, p. 327.
20. Steuer W.: Zeitschr. für Immunitätsf., Bd. 101, 1942, p. 102.
21. Bogendorfer S.: Deutsch. mil. Arzt, 7, 1942, p. 499.
22. Walter S.: Kl. Wo., I, 1942, p. 269.
23. Ding Erwin: Zeitschr. für Hyg., Bd. 124, 1942, p. 546.

Limfadenoză leucemică ameliorată prin Zona Zoster

de

O. Fodor

Evoluția leucemiilor poate fi influențată de boli intercurrente, care pot duce fie la o ameliorare transitorie a tabloului clinic și hematologic, fie la evoluția mai rapidă spre sfârșitul letal. În cazul din urmă, mai rareori se agravează tabloul clinic leucemic, cele mai deseori boala intercurrentă are o evoluție mai gravă. Terenul leucemic favorizează gravitatea bolii intercurrente.

Dintre bolile intercurrente care ameliorează tabloul clinic al leucemiilor, cele mai frecvente sunt bolile infecțioase. Această ameliorare în majoritatea cazurilor este de scurtă durată, adeseori urmată de o perioadă de agravare și de o evoluție precipitată spre sfârșit letal. Sunt cunoscute și cazurile de tumori maligne care

au influențat favorabil procesul leucemic. Marischler (citată de Hirschfeld) publică un caz de hipernefroză într-o limfadenoză. În acest caz numărul leucocitelor nu numai că a scăzut apreciabil, dar s'a ameliorat și formula leucocitară, limfocitele scăzând de la 82% la 40%, iar procentul polinuclearelor a crescut de la 15 la 58. Astfel de modificări nu s'a observat sub influența bolilor infecțioase intercurrente. Proporția între polinucleare și limfocite poate fi influențată în sens favorabil prin boli intercurrente mai ales în melleoze. Acest fenomen nu s'a descris în limfadenoză. Oricât ar scădea numărul leucocitelor în limfadenoză, proporția leucocitelor rămâne totdeauna aceeași.

Este cunoscută influența favorabilă asupra proceselor anatomopatologice leucemice, aproape a tuturor bolilor infecțioase și mai ales asupra mîelozelor. Splina, ganglionii limfatici, pot scădea în volum sau să ajungă chiar la un volum normal, iar numărul leucocitelor poate scădea la valori normale sau subnormale, proporția elementelor apropiindu-se la normal, formele tinere dis-



Limfadenoză leucemică ameliorată prin Zona Zoster

părând la periferie. Și în limfadenoză ganglionii limfatici diminuează în volum, leucocitoza scade, *proporția inițială a elementelor albe însă nu se ameliorează.*

Cazurile de limfadenoză ameliorate prin boli infecțioase intercurrente sunt rare. Nu am găsit niciun caz citat în literatura care ne stă la dispoziție, de leucemie ameliorată prin Zona Zoster.

Observația pe care o redăm se referă la un bolnav cu o limfadenoză leucemică influențată printr-o Zona Zoster gravă. Prezintă un interes deosebit atât prin faptul că ameliorarea se prezintă la o limfadenoză, cât și pentru forma deosebit de gravă a bolii Zona Zoster.

S. B., de 50 ani. La 20 ani ar fi suferit de tbc. pulmonară. În urmă cu 2 ani i s'a constatat un diabet zaharat. În prezent nu are niciun simptom de diabet.

De 6 ani suferă de o afecțiune caracterizată prin mărirea ganglionilor limfatici din regiunea cervicală și axilară, precum și de mărirea splinei, care ar fi întrecut rebordul costal cu 3 degete încă de la începutul bolii. Este diagnosticată prin biopsie o limfadenoză leucemică. Face în două rânduri radioterapie fără ca pachetele ganglionare să scadă în mod apreciabil în volum.

Înainte cu 2 luni, în cursul unei perioade febrile, cu temperatură care s'a ridicat până la 39°, îi apar primele vezicule de Zona Zoster în regiunea lombară, care se întinde în flancul și fosa iliacă dreaptă până la linia mediană a ipogastrului. Acuză dureri însoțite de senzație de arsuri. Aceste senzații sunt limitate în pri-

mele zile la locul erupției, întinzându-se apoi și pe întreg membrul inferior, mai accentuat pe fața lui externă. La 7 zile de la debutul bolii, erupțiile herpetice s'au generalizat pe întreg corpul. După afirmația bolnavului nu a rămas neatinsă nicio parte a tegumentelor. Acestea nu prezintă aspectul în placardă, ele fiind prezente numai la locul inițial al erupției. Erupția nu a fost însoțită de dureri sau alte tulburări sensitive. Generalizarea herpetică a dispărut după 15 zile. În ultima săptămână prezintă tulburări la mers, în membrul inferior drept, nemai fiind stăpân pe mișcări. Este jenată mai ales mișcarea în articulația tibio-tarsiană dreaptă.

Ganglionii limfatici, care înainte de erupția zosteriană aveau în regiunea cervicală și axilară volumul aproximativ al unui pumn de adult, scad în perioada febrilă progresiv, până la dimensiuni normale. Apare în schimb alt pachet ganglionar, ceva mai mic, sensibil, în regiunea inghinală dreaptă (regiunea herpesului). Splina, pe care bolnavul era obișnuit să o palpeze, nu o mai simte.

Afară de inconvenientele locale ale herpesului, după dispariția febrei starea generală a bolnavului nu s'a modificat.

La 7 IX. a. c. se internează în clinică. Este afebril. Tegumentele sunt mai palide, zone hiperpigmentate dispersate pe întreaga suprafață a corpului, urme a leziunilor herpetice generalizate. În regiunea sacro-lombo-inghinală leziunile de Zona Zoster sunt cicatrizate. Ganglionii limfatici nu sunt măriți, afară de cei din regiunea Zonei Zoster.

Din partea aparatului circulator, respirator, digestiv și urinar relații normale. Ficatul nu este mărit, splina se palpează numai în inspirație adâncă.

Sângele: R. B. W. negativă. Glicemia: 106 mlgr.

Hematii 3.300.000, hemoglobina 71%. Leucocitoza, care cu câteva zile înainte de erupția herpetică ar fi fost de 86.000, în prezent este de 17.400, cu următoarea formulă leucocitară: Polinucleare neutrofile 18%, limfocite 82%, cu câțiva limfociti mai mari, elemente mai tinere. După 10 zile leucocitele scad la 9.600, iar după alte 4 zile la 4.600, fără nici un tratament. Cu toată scăderea numărului leucocitelor formula rămâne aceeași ca la început.

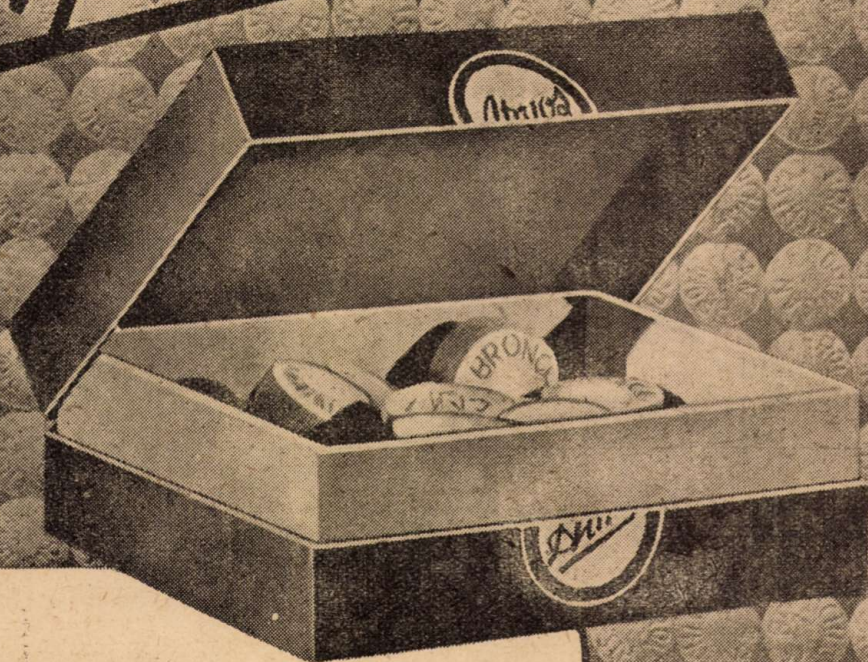
Puncția rachidiană: lichidul cefalo-rachidian clar, reacția Pandy și Nölte-Apelt pozitivă. R. W. negativă. Fuchs-Rosenthal: 189 elemente, în mare majoritate celule endoteliale.

Examen neurologic (T. Dragomir): Stațiunea unipedă pe piciorul drept imposibilă. La mers stepează cu membrul inferior drept. Mișcările active din articulația tibio-tarsiană mult limitate, flexiunea dorsală nu se face deloc, cea plantară abia schițată. Ab- și adducțiunea piciorului de asemenea numai schițate. Flexiunea plantară a degetelor se face aproape normal, cea dorsală deloc. Reflexul rotulian achilian și medioplantar normal de ambele părți. Reflexele cutanate normale. Sensibilitate subiectivă: senzație de amorțeală în tot membrul inferior drept, cea obiectivă: păstrată. Iperalgezie pe tot membrul inferior drept față de înțepături. La presiunea masei musculare a gambei drepte acuză dureri vii. Examen electric: nervul sciatic popliteu extern reacționează la curent galvanic și faradic în mod normal. Mușchii corespunzători de asemenea.

De obicei Zona Zoster, la leucemie, are o evoluție mai severă. Forma de Zona Zoster generalizată descrisă de Haslund se întâlnește însă rar. Cazul nostru prezintă pe lângă această formă generalizată de Zona și o nevrită a sciaticului popliteu extern cu tulburări motorice evidente. Se poate discuta patogeniza acestor Zone Zoster, care afară de o Zona Zoster-boală, ar putea fi și simptomatică. Simptomatică însă numai prin eventuale infiltrații leucemice de la nivelul rădăcinilor

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru
tratamentul peroral
și prevenirea ac-
ceselor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

Produse „Ufarom“ fost Egger Cluj-București

**Noua terapie specifică a tuturor
infecțiunilor strepto-stafilococice cu**

Septamid Sulfamidă albă.

tabl. în tub de 10 à 0.30
" " " " 20 à 0.30
" " borcane " 100 à 0.30

Medicațiune chimico-terapeutică din grupul P. Aminophenylsulfonamid lipsit total de fenomene toxice, chiar după administrare mai îndelungată.

Beneurin, vitamina B₁

mitte injecții 3 fiole de 1 cc à 5 mgr
forte " 3 " " 1 cc à 25 mgr

cristalizată, chimic pură. $C_{12}H_{17}OSCIHCl$. Preparat conținând vitamina B₁, **vitamina antinevritică.**

INDICAȚIUNI: Vitamina B₁, fiind neurotropă are indicațiuni foarte variate în nevrite de orice origine și localizare, și polinevrite cu turburări spastice și paralitice etc.

C e v a l Vitamina C.

injecții 10/1 ccm 0.05
" 5/2 ccm 0.10
" 3/5 ccm 0.50

INDICAT: Este un preparat de acid ascorbic chimic pur. In toate cazurile unde se constată o insuficiență a vitaminei C.

Hepacit Extract de ficat și mucoasă stomacală.

injecții de 2 cmc

Extrem de activ și perfectă tolerabilitate. Ameliorează rapid starea generală, iar numărul globulelor roșii și indicele hemoglobinic crește chiar dela începutul tratamentului.

INDICAT: în anemii secundare provocate de hemoragii, anemie pernicioasă, anemii consecutive maladiilor infecțioase. Protejează celulele hepatice, evită șocul operator etc., etc. Se administrează în injecții intramusculare.

Eșantioane medicale și literatură:

Laboratorul Farm. V. G. CIOCOIU
București, str. Matei Voevod Nr. 35 - Telefon 3.88-97

nervoase care ar putea favoriza grefarea agentului etologic la nivelul segmentului nervos respectiv.

Desvoltarea unui Zona Zoster generalizat se explică prin incapacitatea organismului de a-și produce anticorpi odată cu apariția Zonei Zoster segmentare. De altfel este cunoscut fenomenul descris de *Moresky* că leucemiile prezintă o deficiență în formarea de anticorpi. Serul recoltat de la leucemici care au trecut peste o febră tifoidă nu este capabil să aglutineze bacili tifici. *Rotky* a demonstrat experimental, injectând vibrioni la indivizi normali, că aceștia nu fac febră, putându-li-se pune în evidență în ser la momentul potrivit, aglutinina antivibrionilor. Leucemiile în schimb, fac febră și nu produc aglutinine.

În ce privește denumirea de *Zona Zoster generalizat*, dată de *Haslund*, credem că nu este potrivită. Leziunea de Zona Zoster presupune modificări anatomo-patologice într-un segment nervos corespunzător leziunilor tegumentare. În *Zona Zoster generalizat* ar urma deci ca și leziunile anatomo-patologice nervoase să fie generalizate. În acest caz ar trebui ca în toate regiunile corpului unde avem erupții herpetice să fie prezente și turburări nervoase sensitivo-motorii corespunzătoare. Acestea însă nu sunt prezente decât în regiunea segmentului nervos corespunzător herpesului segmentar. Celelalte regiuni herpetice generalizate sunt numai leziuni tegumentare datorite generalizării infecțiunii, fără co-

afectarea ramurilor sau segmentului nervos corespunzător. Denumirea potrivită a acestei forme ar fi de *Zona Zoster cu generalizare herpetică*.

Cazul nostru aduce o contribuție la raportul patologic între leucemii și bolile intercurrente. Aceste cazuri merită să fie publicate, aducând importante date la problema atât de discutată a leucemiilor. Acest caz ne permite să facem următoarele constatări:

Ameliorări importante sub influența bolilor infecțioase — în cazul nostru Zona Zoster — se observă, deși mai rar, și în limfadenoză.

Acest caz sub influența Zonei Zoster a arătat o ameliorare foarte pronunțată.

Zona Zoster la bolnavul nostru a avut o evoluție neobișnuit de gravă, nu numai prin întinderea leziunilor de herpes, ci și prin fenomene de nevrită a sclatichului popliteu extern cu turburări motorii.

Revăzut după 5 luni, bolnavul prezintă următoarea leucogramă: Leucocitoză 6000, cu 20% polinucleare, 78% limfocite și 2% monocite. Nu se găsesc forme tinere.

CLINICA MEDICALĂ I DIN CLUJ-SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Hatieganu.

RESUMÉ

On décrit un cas de lymphadénose leucémique améliorée par la Zona Zoster. L'évolution de la Zona Zoster a été particulièrement grave, avec des lésions herpétiques généralisées et avec des phénomènes de névrites et des troubles moteurs du nerf sciatique poplité externe.

Hiperostoza frontală internă

(Boala lui Stewart-Morel sau alui Morgagni)

de

Dr. Duma Desideriu, asistent.

Hiperostoza frontală internă este o boală foarte rară; ea este cunoscută și sub numele de boala lui Stewart-Morel sau alui Morgagni; survine în 90% la femei și apare în a doua jumătate a vieții.

Hiperostoza pornește de la un osteofit al durei și interesează numai tabla internă, care poate atinge o grosime până la 20 mm. (normal 3—5 mm., baza frontalului are 10 mm.). Sub hiperostoza, tabla internă suferă un proces de poroză sau scleroză. Tabla externă rămâne normală.

Îngroșarea interesează mai ales porțiunea verticală a frontalului, (dar și cea bazală poate fi prinsă, cât și aripile mici ale sfenoidului), urmează apoi în ordine descrescând oasele parietale, temporale și occipitale. Șeaua turcescă și regiunea sinusului sagital rămâne sănătoasă.

Această hiperostoza, prin micșorarea capacității cutiei craniene, produce semne de compresune intra-craniană (hipertensiunea lichidului cefalo-rachidian),

creierul putând fi nu numai comprimat, ci și dislocat, mai ales în regiunea bazală, ceea ce explică simptomatologia infundibulo-tuberiană foarte des asociată, cu deosebire adipozitatea, diabetul insipid, etc.

Simptomele principale constau în cefalee, greață, amețeli, vărsături, crampe, hemipareze, turburări psihice și simptomele infundibulo-tuberiene deja amintite. Laboratorul pune în evidență un metabolism bazal scăzut, P. și Ca serici nemodificate (ultimul uneori poate fi sporit), toleranța pentru zahăr crescută, iar l. c. r. în afară de tensiunea mărită, fără modificări chimico-citologice.

Boala mai des a fost confundată cu tumora cerebrală cu deosebire cu meningioma, se mai citează ca greșală de diagnostic: histeria și morbul lui Paget. Precizarea diagnosticului ne o dă radiografia craniană.

Evoluția e înceată, progresivă; radiografiile craniene de control, nici după trecerea câtorva ani, nu arată modificări. Tratamentul nu se cunoaște; se rezumă

la antinevralgice și hipotensive intracraniene (puncții lombare repetate, injecții intravenoase cu soluții hipertensive. Radioterapia încercată de noi n'a dat rezultat favorabil).

Dăm în cele ce urmează cazul observat de noi, care prezintă interes prin faptul, că aparține unui bărbat (boala în 90% apare la femei) și mai ales pentru că hiperostoza prezintă o dispoziție inversă celei obișnuite, îngroșarea în cazul nostru crescând de la regiunea occipitală spre cea frontală.

F. N. Ioan, 40 ani. Nimic anormal în antecedentele sale ereditare. Născut la termen, în condițiuni normale. Febră tifoidă la 5 ani. În copilăria sa un traumatism neînsemnat al capului, fără pierdere de cunoștință. Cu doi ani în urmă, operație de apendicită. Nu este alcoolic, fumează 20 țigări la zi.

Boala sa a debutat în 1935 cu cefalee, mai cu seamă frontală, cu un caracter intermitent și cu o intensitate variabilă; crizele cărau câteva ore, se calmasu prin medicamentele antinevralgice și apăreau la 5—6 zile odată, fără nici o cauză apreciazabilă. În 1942, durerile au devenit mai intense și bolnavul s'a internat într'un spital, unde s'a constatat reacția Wassermann negativă în sânge și fundul de ochiu normal, cât și o deviație a septului nasal. Cu timpul durerile au crescut în intensitate și au devenit aproape continue. De doi ani, și în acest interval el a câștigat 14 kgr. în greutate, a făcut războiul pe front. La examenul medical nimic anormal. La examenul sistemului nervos: diminuarea convergenței oculare. Sensibilitatea dureroasă la presiunea regiunii retromastoidiene și a regiunii orbitare și frontale. Acuză o cefalee permanentă cu exacerbățiuni intense. Nimic anormal în rest.

La examenul ocular: vederea normală, refracțiunea normală, fundul de ochiu normal, hipertensiune oculară (Mn. 60 mm) Azotemia 0,36‰. Calcemia 10,4 mlgr. ‰. Puncțiunea lombară: tensiunea 35 (Claude), albuminoza, limfocitoza, reacțiunea coloidală și B. Wass. negative.

Radiografia craniului arată o îngroșare notabilă în regiunea occipitală, temporală și parietală și puțin mai redusă în regiunea frontală. Sinusurile frontale sunt libere și foarte dezvoltate; sella turcică este normală, sutura coronară este vizibilă.

E vorba deci de un bărbat de 40 ani, cu o cefalee intensă, cu crize paroxistice puternice care nu cedau decât la opioace. Examenul oculo-naso-sinusal fiind negativ, a eliminat o cauză extracraniană în producerea acestei cefalee. Tensiunea mărită a arterelor retinene (60 mm.) și a l. c. r. (35 Claude), cât și violența cefaleei, indicau o hipertensiune intracraniană, încât chiar în lipsa fenomenelor de focar se impunea supoziția unei tumori. Clarificarea diagnosticului ne-a dat-o radiografia, care a pus în evidență hiperostoza difuză a pereților craniului, mai accentuată în regiunea occipitală. Prin aceste caractere, cât și prin tendința la obezitate (a câștigat 14 kgr. în ultimii doi ani), cazul nostru se încadrează în sindromul lui Stewart-Morel sau al lui Morgagni, constituind o formă frustă și atipică, prin faptul că hiperostoza interesează nu numai frontalul, ci și celelalte oase ale calotel și, contrar formei obișnuite, îngroșarea este mai accentuată în regiunea occipitală.

LUCRARE DIN CLINICA NEURO-PSIHICĂ DIN CLUJ-SIBIU
Director: Prof. Dr. C. I. Urechia.

RESUMÉ

On décrit un cas d'hyperostose frontale interne, maladie de Stewart-Morel ou Morgagni, avec la symptomatologie d'une tumeur et prédisposition à l'obésité.

Panmieloftizie postsalvarsanică

de

Dr. O. Munteanu și Dr. P. Ciurdariu

Panmieloftizia este o afecțiune care se caracterizează printr-o lezare a tuturor celor trei sisteme: eritro-leuco-tromboformatoare, însoțită de un tablou clinic dramatic. Măduva osoasă este modificată în toate funcțiunile, constituind triada simptomatică: anemie, leucopenie și trombocitopenie. Ea suferă o transformare gelatinoasă, grăsoasă sau fibroasă. Tabloul hematologic este extrem de simplu, redus în simptome, după expresia lui Aubertin: „anemie în stare de puritate absolută”. Erlich (1888) îi dă numele de anemie aplastică. Un studiu mai amplu îl fac Vaquez și Aubertin (1904). Ea a fost studiată sub denumirile cele mai variate: mielopenie, aleukie hemoragică, iar Pappenheim o numește anemie aregenerativă, fiind caracterizată prin absența reacției medulare, o adevărată panmieloftizie.

Eritrocitele și hemoglobina sunt diminuate uniform, încât avem o valoare globală în jurul lui 1. Hematiile

pot scădea sub 1 milion, numărând numai câteva sute de mil. Anizocitoza și polikilocitoza sunt rare. Aceasta este chiar un fapt doveditor al anemiei prin agenerare.

Trombocitele pot scădea chiar sub limita critică de cifră 30.000. Jagic a găsit într'un caz 1.100. Beneke a arătat extrema lor raritate, 430 pe mmc., iar O'Malley 4—5 pe lamă.

Numărul leucocitelor de asemenea este scăzut până la 1.000 pe mmc., sau chiar sub această cifră, numărând numai câteva sute. Selling citează un caz cu o leucocitoză de 140 pe mmc. Neutropenia absolută poate atinge valori foarte scăzute. Astfel Frank descrie un caz cu 320—132 granulocite pe mmc., iar Ewans numai cu 72 de granulocite.

Puncția sternală are o mare valoare diagnostică. În cele mai multe din cazuri aspirația în seringă nu ne dă sânge, ci obținem numai un suc alb. Mielo-

grama ne arată hematiile cu aspect normal. Elementele nucleate, hematoblastii și megacariocitele sunt foarte rare sau absente. Seria albă, la fel, este săracă în elemente. În plus, boala evoluează cu hemoragiile cutanate și mucoase, leziunile ulcero-gangrenoase buco-faringiene cu stare septică.

Printre cauzele care pot determina panmielofiziile sunt și arsenobenzenii. *Aubertin* (1920) este primul care descrie agranulocitoza postsalvarsanică. Mult mai frecvente sunt formele fruste de anemie aplastică. Aceste accidente sangvine postsalvarsanice se produc de obicei la către a 2—3-a serie și sunt benigne. Cazurile maligne sunt excepționale și printre acestea se încadrează și cazul nostru.

La 29 Mai 1944 se internează în Clinica Medicală II Cluj-Sibiu, bolnava B. V., de 27 ani, necăs. din Sibiu, pentru o stare generală gravă, temperatură înaltă, epistaxă abundentă, gingivoragii continui, purpură și stare confuzională.

Antecedente personale și istoricul bolii actuale. Malarie la 18 ani. La 21 ani reumatism poliarticular acut. Tot de atunci are dureri în epigastriu, cari în ultimii ani sunt însoțite de grețuri fără vărsături. La 24 de ani dureri în fosa iliacă dreaptă pe cari un medic le-a interpretat ca fiind datorite unei apendicite acute.

În Decembrie 1943 a contractat un șancru sifilitic genital, pentru care s'a prezentat la Policlinica Sibiu, unde se constată în sânge R. Wassermann pozitivă (+++++) și urmează un tratament antiluetic cu neosalvarsan și bismut. Prima serie a suportat-o bine.

La sfârșitul lunii Aprilie a. c., începe a II-a serie de injecții cu neosalvarsan și bismut. După primele injecții cu neosalvarsan a avut cefalee, grețuri, stare de slăbiciune generală, scaune diareice lichide (10 pe zi), pentru care a luat medicamente și s'a ameliorat. Câteva zile a avut artralgii.

În 22 Mai a. c. a făcut ultima injecție cu neosalvarsan și Bi., după care au revenit toate simptomele de mai sus. În 27 Mai a. c., starea generală se agravează, observă o purpură, are epistaxă și gingivoragii abundente ce n'au putut fi oprite.

Bolnava aflându-se într-o stare de ușoară confuzie mintală, n'au putut fi luate date anamnestice mai detaliate.

Examenul obiectiv. Bolnava zace adinamică, are halenă fetidă și răspunde greu la întrebări. Starea de nutriție slabă. Pielea cu aspect cadaveric. Mucoasele palide. Echimoză pe întreg corpul. Epistaxă. Gingivoragii. Metroragii. Tesutul celular subcutanat și muscular diminuat. Sistemul osos intact. Articulațiile libere.

Pupilele egale, centrale, rotunde, reacționează bine la lumină și distanță. Reflexele osteo-tendinoase sunt prezente.

Examenul O. R. L. și stomatologic. Epistaxis difuz bilateral. Hemoragii gingivale bilaterale difuze. Stomatită și faringită ulcero-membranoasă difuză.

Ap. respirator și cardio-vascular normale. T. A. = 12—7 (R.) Abdomenul de circunferință normală. Ficatul nu este mărit. Splina este mărită percutatoric. Lojile renale libere.

Examenul urinei. Urina galbenă tulbure. D: 1.014, A: pozitivă, P. Z: neg. Sed. urinar: 7—9 leucocite pe câmpul microscopic, rare celule epiteliale descuamate și săruri amorfe.

Temperatura 39,4. Pulsul 130 pe minut.

Examenul sângelui. Gradul de anemie: hematii 1 400.000. Hgb. 30%, val. glob. 1,07.

Leucocitoză 600. Polinuc. neutrof. 8% (neutropenia absolută 48), limfocite 89%, metamielocite 3%.

Trombociti 17.000. Timpul de coagulare 20'. Timp de sângere 27'.

R. Widal = negativă. V. S. H. = 15—34.

Mielograma: promielocite și mielocite eozinofile, rare neutrofile, limfociti, macroblaști și normoblaști. Multe hematii. Rare neutrofile adulte.

Diagnostic. Simptomele clinice, paloarea, tahicardia, dispneea (anemie), hemoragiile mucoase și tegumentare (trombocitopenie), procesele inflamatorii gangrenoase bucofaringiene (agranulocitoză), au făcut cu ușurință diagnosticul de panmielofizie. Confirmarea am avut-o în examenul hematologic și al mielogramei.

Grețurile însoțite de vărsături, durerile din fosa iliacă dreaptă și diareile ne-au îndreptățit să presupunem că această bolnavă avea și o tuberculoză intestinală. Diagnosticul a fost confirmat pe masa de autopsie. Posibilitatea unei febre tifoide a fost înlăturată, atât prin R. Widal, cât și prin examenul anatomo-patologic.

Evoluția bolii. Bolnavei i se administrează Clauden, calciu clorat, ser ipertonice, glucoză, vitamină C și tonice cardiace. Face gargară cu apă oxigenată și i se pun tampoane în nas.

A doua zi i se repetă același tratament. În plus i se face transfuzie cu 100 cmc. sânge de leucemic. Cu tot acest tratament emoragiile persistă, temperatura se urcă la 39,8 și pulsul la 138 bătăi pe minut. Are cefalee și insomnie rebelă.

În a 3-a zi dela internare bolnava sucombă, cu toate transfuziile, hemostaticele și tonicardiacale administrate.

Din observația clinică descrisă reiese că, este vorba de o panmielofizie ce a survenit la o bolnavă în cursul unui tratament antiluetic cu As. și Bi., care în antecedente pe lângă sifilis a mai avut și alte infecții, reumatism, tuberculoză și malarie.

Accidentele sangvine formează grupul cel mai rar dintre accidentele salvarsanice. În general, se descriu cazuri de anemie aplastică, agranulocitoză și trombocitopenie, la sfârșitul curei salvarsanice. Se observă toate stagiile de intoxicare, dela formele ușoare până la formele foarte grave cu evoluție acută sau supraacută.

Gorke a observat 3 cazuri de aleukii hemoragice după tratamentul cu salvarsan. *Leredde, Kroll, Ziegler, Stranz*, au comunicat încă 6 cazuri asemănătoare, dar menționează cu multă probabilitate că leziunile măduvei osoase ar rezulta din combinarea infecției sifilitice și a salvarsanului. Interesante sunt observațiile lui *Taege, Glaser, Fernbach, Sklarz*, care au observat în multe cazuri după salvarsan o recidivă a unei malarii vechi latente. La autopsie s'au găsit aceleași leziuni ca și la o malarie adevărată. Cazul nostru deși a avut în antecedente malarie, nu poate fi încadrat aici.

Etiopatogeneza panmielofiziei este încă un subiect de vîl controversă. Dată fiind analogia netă dintre anemia aplastică prin benzol și cea prin arseno-benzol, *Aubertin* crede că alterația sangvină se datorește în primul rând nucleul benzol și nu arsenul.

Veil, Mathes și Rohr amintesc că, adesea se poate dovedi o insuficiență a măduvei încă înainte de administrarea toxinei, pe bază de infecții cronice; mai ales reumatismul cronic, sifilisul, malarla și tuberculoza par a crea o predispoziție specială a măduvei față de toxine. Nimeni nu poate contesta că, măduva osoasă este în legătură intimă cu infecțiile și că, un agent infecțios

poate să o paralizeze. Pentru acest fapt pledează un caz al lui *Heilmeyer*, care a observat un caz de panmlelopatie fără necroze și dătează hemoragică, la un sifilitic pe care l-a vindecat în urma unui tratament cu salvarsan, a cărei acțiune mletoxică este cunoscută. În acest caz infecția sifilitică a creat alterațiile dela nivelul măduvei.

Pe lângă acțiunea pur toxică, mlelopatiile infecțioase ar mai putea fi declanșate și printr'un mecanism alergic. În acest sens s'ar putea interpreta panmlelopatia reumatică a lui *Vell*.

Rohr cunoaște panmlelopatii în pollartrita cronică și în infecțiile de focar. Dacă la această infecție se mai adaugă încă o noxă exogenă (salvarsan, aur, amido-pirin, etc.), atunci se produce catastrofa. *Heilmeyer* a observat același lucru. Sângele, în calitatea lui de țesut mezenchimal, ca și aparatul locomotor, poate fi afectat de infecția de focar.

Prof. I. Goia, în lucrarea sa „Infecția de focar”, descrie câteva cazuri încadrate în sindromul anemiei aplastice, caracterizate prin scăderea considerabilă a hematilor, a hemoglobinei, a leucocitelor și a trombocitelor; cu febră, viteză de sedimentare mărită, cu evoluție benignă, fără emoragii cutanate și mucoase, în a căror etiologie a găsit infecția de focar de natură dentară. Extracțiile dentare în aceste cazuri au dus la vindecare completă.

Deasemenea autorul descrie un caz de panmleloftizie cu sfârșit letal, la care s'a găsit supurațiunile dentare (cu streptococi), cu toate că s'au făcut 11 transfuzii sangvine.

Aceste sindrome clinice și ematologice reprezintă grade diferite de leziuni ale măduvei osoase, cauzate de infecții fie de ordin general, fie de cele de focar. Modul de reacțiune a măduvei osoase depinde de constituția individului, de virulența microbilor, de sensibilitatea organismului față de toxine, sau de crearea unei stări speciale cauzată de diferite afecțiuni anterioare (tbc., sifilis, reumatism, malarie, etc.), așa numita anergie negativă.

De asemenea și în cazul nostru, pe lângă acțiunea mleloplexică directă a neosalvarsanului trebuie să admitem că terenul a fost pregătit de însăși infecția sifilitică și că, în etiologia acestei panmleloftizii au participat și celelalte infecții avute, creînd o stare de anergie negativă.

Pe de altă parte dacă arsenobenzenii au o acțiune mleloplexică directă, *Weissenbach* și *Ravaut* au atras atenția asupra analogiei între unele accidente cauzate prin arsenobenzenii și fenomenele anafilactice.

Vechii autori au semnalat urticaria prin arsen. Unii bolnavi la o jumătate de oră după indigestia medicamentelor arsenicale au un prurit intens, urmat de un eritem sau urticarie. Unii autori au făcut chiar asemănare între dermatoza arsenicală, care nu se observă

decât mult timp dela injectia acestui toxic, cu urticaria pigmentară cronică.

Gaston, Eymery și numeroși alți autori au descris accidente asemănătoare urticariei, boale analoage cu acelea ale serului, puseuri exematoase, herpes și urticarie buloasă în urma injectiei cu salvarsan și neosalvarsan.

Claude, Daniez, Schiff, Noël, Sicard, Paraf au raportat cazuri de urticarii postarsenobenzolice. De asemenea s'au semnalat cazuri de purpură postarsenobenzolică, care ar fi o varietate de urticarie hemoragică. *Lespine* și *Férand* au arătat că aceste urticarii purpurice nu sunt în funcție de vreo leziune hepatică, cum s'a crezut la început, ci sunt datorite splinei și măduvei osoase. Dacă urticaria poate fi provocată prin As. — pentru acești autori — purpura ar fi determinată de nucleul benzolic.

Un caz foarte interesant este al lui *Schiff*, care merită să fie relevat aici. El a raportat observația unei bolnave care a fost tratată cu novarsenobenzol pentru un șancru al peretelui stg. al narinei stângi. La a 3-a injectie de 0,60 gr. ea a reacționat viu cu frisoane, temperatură ridicată și congestia bruscă a pielii. Bolnava a fost trimisă la un spital pentru gripă. Acolo l-a găsit o angină eritematoasă și o bronșită difuză, hipertermie, o erupție cu macule regulate roz palid. Limba avea pete roșii ca la o scarlatină. Amigdalele roșii și tumefiate. Mai mulți medici cari au consultat-o, i-au făcut diagnosticul de scarlatină, dar a doua zi toate fenomenele au dispărut. După câteva zile, la o nouă injectie intravenoasă de 30 ctgr. de neosalvarsan face o criză nitritoidă tipică. După câteva ore se instalează o nouă erupție scarlatiniformă, de asemenea acută, cu tumefierea amigdalelor, angină eritematoasă și albuminurie. Diagnosticul de scarlatină a fost înlăturat, pentru a fi înlocuit cu accidente anafilactice postarsenobenzolice.

Arsenobenzenii creează dezechilibru endocrinovegetativ. Inclînăm să credem că se creează și o criză hemoclastică. *Leder*, a observat la pacienții tratați cu salvarsan că la 10—30' după injectie se observă o ipotrombocitoză transitorie, care se compensează după 5—6 ore. După unii autori, aceasta ar fi una din caracteristicile crizei hemoclastice.

Unele accidente salvarsanice anafilactice apar imediat ca o expresie a idiosincraziei, iar altele apar tardiv în cursul tratamentului. Anul de-a-rândul medicamentul a fost bine tolerat, pentru ca apoi să se încadreze în fenomenul de „sensibilizare” (Salvarsanallergie). Printre accidente imediate de natură alergică este criza nitritoidă. La baza acestei crize este un dezechilibru brusc al sistemului neuro-vegetativ (vago-tonic cu paralizia simpaticului), precum și diminuarea rezervelor alcaline a organismului prin arsenobenzenii, realizând criza hemoclastică.

Tot printre accidente de intoleranță se încadrează și sindromul de zluu a 9-a și exantemul salvarsanic fix. Ele pot surveni după prima injecție, dar mai frecvent după a doua, ca o expresie a sensibilizării. Printre accidente salvarsanice tardive de natură alergică s'ar putea încadra chiar și accidente sangvine.

În același timp menționăm că și bismutul poate da, mai rar, accidente anafilactice. *Gougerot* și *Peyre* au observat câteva cazuri de anafilaxie bismutică. De asemenea *Spillmann*, *Créhan* și *Polu* au semnalat sensibilizări la bismut. Cuti-reacția la bismut a fost net pozitivă.

Incontestabil că accidente se observă mai cu seamă la cei cu diateză coloidoclastică, la disglândulari și la discrazicii sangvine cu tendință hemoragică. Adesea predispoziția individuală se trădează printr-o eozinofilie puternică în măduvă, ceea ce ar dovedi natura alergică.

În cazul nostru având fenomene generale de intoleranță postsalvarsanică, eozinofiliile puternice a măduvei și V. S. H. accelerată, înclinăm să bănuim că patogeniza panmieloftiziei descrise este de natură alergică.

In concluzie :

Am descris un caz de panmieloftizie la o bolnavă în cursul tratamentului antiluetic cu arsen și bismut.

În etiologia acestei panmieloftizii, pe lângă acțiunea toxică a arsenului și bismutului, s'ar putea admite că

a participat însăși infecția sifilitică, la care se adaugă și celelalte infecții avute, tbc. intestinală, reumatismul și malarla.

Apariția fenomenelor generale de intoleranță după unele din injecțiile cu neosalvarsan și bismut, prezența numeroaselor eozinofii în mielogramă, precum și V. S. H. accelerată, ne determină să socotim că patogeniza ei este de natură alergică.

CLINICA MEDICALĂ II, SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Goia.

RESUMÉ

Panmielophthisie postsalvarsaniqua

Les auteurs ont décrit un cas de panmielophthisie chez une malade, au cours du traitement antiluetique avec arsène et bismut.

Dans l'étiologie de cette panmielophthisie, outre l'action toxique de l'arsène et du bismut, on pourrait admettre la participation de l'infection syphilitique elle-même, à laquelle s'ajoutent aussi les autres infections présentes: la tbc. intestinale, le rhumatisme et le paludisme.

L'apparition des phénomènes généraux d'intolérance après quelques-unes des injections de neosalvarsan et de bismut, la présence des nombreuses eosinophiles dans la mielogramme, ainsi que la V. S. H. accélérée nous font croire que la pathogenèse est de nature allergique.

Metodă pentru determinarea vitaminei C

de

Dr. Galea Virgil

Chimist-Şef

Vitamina C fiind o substanță organică extrem de reducătoare, determinarea ei ca substanță pură, în preparate și în diferitele extracte se poate face mai ales cu substanțe oxidante. Toate metodele de analiză sunt bune, ori de câte ori determinările se fac pe substanța pură a acidului ascorbic. În extracte însă, dar mai ales în urină aceste metode lasă mult de dorit, din cauza unor substanțe la fel de puternic reducătoare, care influențează mai mult ori mai puțin rezultatele analitice, obținându-se de obicei valori mai mari. În aceste cazuri s'ar recomanda să se procedeze mai întâi la extragerea și izolarea vitaminei în stare pură și numai după aceea să se facă determinarea ei. Având însă în vedere dificultățile întâmpinate în asemenea operațiuni, determinările ar fi destul de complicate și dificil de efectuat. De aceea este preferabil să se renunțe la izolarea vitaminei C și să se procedeze la aprecierea cantităților aproximative cu metode mai comode, cu toate că este dovedit că se obțin întotdeauna valori ceva mai mari decât cele reale.

Așa spre ex.: metoda cu reactivul Tillmanns (2,6 diclorfenol-Indofenol), care este cea mai mult utilizată și care dă rezultate foarte exacte chiar și în unele extracte, s'a dovedit că în urină dă valori mai mari.

Albastrul de metilen utilizat de Martini și Bonfigliore, pe care cistina și glutatlonul nu-l decolorează și care a fost recomandat de către Ammon și Grafe, Wacholde și Podesta în cazurile speciale, când vitamina C este stabilizată cu glutatlon, nu dă nici el rezultate exacte în urină, obținându-se valori mai mici.

Mai departe, metoda spectrografică, care este extrem de bună pentru substanța pură, nu se poate utiliza pentru extracte și urină, din cauza urmelor de substanțe cu bande de absorbție asemănătoare.

La fel ascorbinaza, fermentul oxidant al acidului ascorbic, în metoda indicată de către Tauber și Kleiner, nu se poate aplica pentru urină.

O metodă mai veche foarte mult studiată și controlată — Harris, Ray, Ward și alții, — dar care în ultimul timp a fost intru câțiva părăsită, luându-i locul

aceea cu reactivul Tillmanns, este aceea cu iod, care dă valori mai mari decât cele reale, se poate totuși utiliza în aprecieri clinice comparative [(la 1 cmc. iod normal/100, corespunde 0,88 mgr. vitamină C), în ce privește carența în vitamina C.

Iată de ce pentru urină, azi sunt indicate: metoda cu reactivul Tillmanns și mai puțin aceea cu iod și cu albastru de metilen. Ele sunt descrise detaliat în cărțile de specialitate, iar pentru obținerea rezultatelor bune, trebuiesc urmărite riguros toate precauțiunile necesare.

La Institutul de Igienă din Cluj—Sibiu, încercând o simplificare a metodelor cu iod, am procedat prin înlocuirea soluțiilor de iod N/100 și de Tiosulfat de sodiu N/100 cu o soluție de iodat de potasiu N/100. Această metodă dă valori mai mici decât aceea cu iod, însă și acestea sunt mai mari decât cele reale.

Iodatul de potasiu este o substanță ce se obține în perfectă stare de puritate (Merck pro a.), ea se poate cântări cu cea mai mare precizie la o balanță analitică, iar soluțiunile ei își păstrează titrul foarte bine. Această substanță în mediu acid clorhidric, sulfuric, acetic...), cu iodura de potasiu, pune instantaneu iod în libertate, care reacționează cu vitamina C. O simplă titrare în mediu acetic, — toate operațiunile durând maximum 10 minute —, ne permite să apreciem conținutul de vitamină C în urină.

De multe ori însă, ținând seama de faptul că în anumite afecțiuni urina poate conține cantități variabile de diferite substanțe, care reacționează întocmai ca și vitamina C, o singură determinare nu poate să ne dea măsura exactă a insuficienței în vitamină C. De aceea pentru aprecierea carenței se procedează mai bine prin determinări consecutive, în două zile.

Se recoltează urina din 24 ore, acoperindu-se cu un strat subțire de tolueen, menținându-se la rece. Apoi se saturează organismul cu un gram vitamină C și se recoltează din nou a doua probă în condițiunile primei probe. Rezultatele obținute în aceste două determinări vor diferi mai mult sau mai puțin. Diferența între ele ne dă carența în vitamină C; cu cât diferența este mai mică cu atât carența este mai mare.

Cercetările noastre în acest sens sunt în curs de efectuare. Vom încerca să stabilim pe cazuri clinice, în funcție de vitamina C administrată, cifre proporționale cu carența.

Așa spre pildă administrând 1000 mgr vitamină C și făcând cele două determinări consecutive, următorul calcul ne poate da o cifră care este cu atât mai mare, cu cât și carența este mai mare.

$$C = \frac{1000}{B-A}$$

unde C este carența; A este prima determinare, iar B a doua determinare, ambele raportate la urina din 24 ore.

$$\text{ex. I. } A : 8,5 ; B : 218,5 ; C = \frac{1000}{218,5 - 8,5} = \frac{1000}{210} = 4,07.$$

$$\text{II. } A : 42 ; B : 230 ; C = \frac{1000}{230 - 42} = \frac{1000}{188} = 5,32,$$

$$\text{III. } A : 30 ; B : 650 ; C = \frac{1000}{650 - 30} = \frac{1000}{620} = 1,60.$$

$$\text{IV. } A : 25 ; B : 840 ; C = \frac{1000}{840 - 25} = \frac{1000}{815} = 1,22$$

Cu cât cifra este mai apropiată de 1, cu atât organismul reține mai puțină vitamină C și invers cu cât este mai îndepărtată de 1, cu atât carența este mai mare. Datele notate la I și II sunt două cazuri clinice cu insuficiență de vitamină C. Urmează să se verifice pe un mare număr de cazuri, când noi credem că ne va aduce reale servicii.

Obiectul lucrării de față, ne obligă să ne limităm la descrierea metodei de determinare a vitaminei C.

Recoltarea urinei: pentru aprecieri aproximative, se recoltează urina proaspătă de dimineața.

Reactivi necesari: 1. iodat de potasiu N/100 ; 2. iodură de potasiu cristalizată pro a. ; 3. soluție 1% amidon ; 4. acid acetic glacial.

Soluția de iodat de potasiu N/100 se obține mai bine, dintr-o soluție de iodat de potasiu N/10 10 cmc, iodat N/10 se pun într'un balon joat de 100 cmc. apoi se completează cu apă distilată până la semn.

Soluția N/10 iodat o preparăm astfel: se cântărește la balanța analitică într'un păhărel, 0,3567 gr iodat de potasiu, se disolvă în puțină apă, apoi se spală cantitativ într'un balon joat de 100 cmc., completându-se cu apă distilată până la semn.

Soluția de amidon e bine să fie proaspătă, în orice caz să nu aibă o vechime de mai multe zile, înainte de întrebuițare. De aceea se face numai câte 10 cmc. Intr-o eprubetă se pune aproximativ 0,1 gr. amidon solubil n. Zulkowsky și se adaugă 10 cmc. apă distilată; prin ușoară încălzire, amidonul se disolvă bine. — Soluția răcită se utilizează ca indicator.

Determinarea : Intr'un flacon Erlenmayer de 200 cmc se iar 25 cmc. urină proaspătă, răcită la temperatura ordinară, la care se adaugă 2 cmc. acid acetic glacial, câteva cristale de iodură de potasiu și 1/2 cmc. soluție apoasă de amidon. Se amestecă ușor până se solubilizează iodura de potasiu și îndată se titrează dintr'o microbiuretă de 10 cmc. ori 5 cmc. cu subdiviziunile 1/50—1/100. Titrarea se face picătură cu picătură (o picătură pe secundă) agitând mereu și ușor, până se obține primul viraj violaceu în toată masa lichidului și care nu persistă mai mult de 5 secunde; acesta e punctul final (în cazul vitaminei C pure, în momentul obținerii primului viraj violaceu, în toată masa lichidului, soluția nu se mai decolorează, de aceea ne vom opri și în cazul urinei la acest punct).

Numărul de cmc. iodat de potasiu N/100 înmulțit cu 36 (în loc de 35,2) ne dă conținutul aproximativ de vitamină C în mgr. la 1 litru de urină.

$$N \times 36 = \text{Vit. C mgr. } \text{‰}$$

Determinările făcute la Institutul de Igienă, pe oameni sănătoși, ne-au furnizat date foarte diferite : ele erau cuprinse între 15—40 mgr. pe litru ; însă majoritatea din ele oscilau între 20—30 (corespunzând la 0,55—1,1 cmc. soluție N/100).

Determinările făcute pe acid ascorbic pur, din care am făcut o soluție de 50 mgr. ‰, ne-au permis să verificăm metoda, obținând următoarele rezultate :

La 5 cmc. soluție vitamină am adăugat 20 cmc. apă distilată, 2 cmc. acid acetic glacial și 1/2 cmc. soluție amidon. În titrare am utilizat : 2,80 cmc ; 2,78 cmc ; 2,73 cmc. iodat de potasiu N/100, de unde s'a obținut 50,4 mgr. ‰ ; 50,04 mgr. ‰ și 49,86 mgr. ‰, deci s'a aflat prin determinare : 50,1 mgr. ‰, calculatul fiind 50,0 mgr. ‰.

Mai departe, am putut determina și verifica foarte rapid conținutul de vitamină C în comprimatele : cebion, cantan, redoxon, prin dizolvirea unui comprimat la 100, cu apă distilată, apoi procedând ca în cazul soluției apoase de 50 mgr. ‰ vitamină.

Determinările nu sunt influențate de : alcool, fenol, aldehide, cetone, zahăr, glucoză, acid uric și cisteină ; în schimb glutattonul produce același fenomen de reducere. În prezența glutattonului metoda nu este aplicabilă.

INSTITUTUL DE IGIENĂ, SIBIU

Director: Prof. Dr. I. Moldovan.

Oxigenoterapia

de

Medic Lt. Col. **Dr. Nicolae Igna**

Întrebuințarea oxigenului în terapeutică este veche, dar dificultățile fizice inerente manipulării unui gaz, au făcut ca utilizarea acestor metode să fie rezervată numai unor specialiști. Experiența câștigată în timpul războiului trecut și în special lucrările lui *Héderer, Dautrebande, Cot, Muntsch* etc., au consacrat definitiv marea valoare terapeutică a oxigenului la toate cazurile unde plămânii lezați de gaze caustice (sufocante sau vezicante) sunt incapabili a asigura o hematoză normală.

Un merit deosebit îl au studiile fiziologice de după războiu, ale lui *Magne, Cordier, Dautreband* etc., care au arătat importanța nevoiei de oxigen într'un mare număr de stări patologice și efectul real al oxigenoterapiei, mai ales în combaterea anoxemiei.

Studiul experimental al anoxemiilor, a pus în lumină lipsa de oxigen în anumite afecțiuni pulmonare, cardiace, în unele boli ale sângelui și în anumite intoxicațiuni profunde ale țesuturilor.

Astfel s'a arătat că turburările legate de lipsa de oxigen (clanoxa, dispneea, etc.), apar atunci când absorbția oxigenului este jenată la nivelul plămânului, când distribuția lui este îndeosebi în domeniul circulator și în fine când utilizarea de către celule al acestuia este anihilată.

Totodată s'a dovedit experimental că oxigenoterapia este indicată la toți bolnavii, a cărei nevoie de oxigen nu este satisfăcută.

Pe baza studiilor experimentale și a cercetărilor clinice putem rezuma indicațiunile principale ale oxigenoterapiei în cele ce urmează:

I. În domeniul chirurgical

1. Complicațiunile pulmonare postoperatorii ivite în special la operații pulmonare (*Gaudier*).

2. Complicațiunile postoperatorii a rănilor cranienle.

3. Dispneea rănilor șocați (*Baudet*).

4. Plăci toracice complicate cu hemotorax sau pneumotorax.

5. Anemii severe posthemoragice.

6. Șoc hemoragic.

II. În domeniul medicinei interne

Indicațiunile sunt mai întinse, ea putând fi utilizată cu succes mai ales în:

1. Afecțiunile pulmonare; 2. Afecțiunile cardiace; 3. Intoxicațiunile prin gaze toxice, atât în timp de pace, cât mai ales în timp de războiu.

A) Intre afecțiunile pulmonare

care beneficiază de o oxigenoterapia de urgență semnalăm:

1. Bronchopneumoniile primitive sau secundare ale adultului, dar mai ales ale copiilor (*Liège*) și a bătrânilor, fără a uita temuta bronșită capilară.

2. Afecțiunile pulmonare anoxemice, cum sunt congestia pulmonară, pneumoniile și orice altă pneumonie acută (*Martinet*), care se întovărășește de un blocaj mai mult sau mai puțin intens.

3. Abscese pulmonare.

4. Complicațiunile pulmonare, apărute în timpul și după bolile contagioase.

5. Perforațiunile pulmonare.

6. Edemul pulmonar.

7. Emfizemul și scleroza pulmonară.

8. Crizele de astm sufocant și edemul glotel.

9. Accesele tusei convulsive și tusea emetizantă a tuberculoșilor.

10. Hemoptiziile tuberculoșilor (injecțiuni subcutanate de oxigen *Courcoux*).

11. Stări dispneice provocate de diferite intoxicațiuni.

B) Afecțiunile cardio-vasculare

1. Cardiopatiile valvulare decompensate (*Flandin*).

2. Afecțiunile organice al miocardului.

3. Insuficiența cardiacă.

4. Infarctul miocardic.

Asistolia și insuficiența cardiacă, se traduc între alte simptome prin clanoxă și dispnee. În asemenea cazuri oxigenoterapia combinată cu administrarea de toniccardiace, va da rezultate satisfăcătoare, chiar dacă ele nu sunt atât de evidente ca în afecțiunile pulmonare.

C) Intoxicațiunile prin gaze toxice

a) Intoxicațiunile accidentale din timp de pace cu oxid cu cărbune, acid clanhidric, etc.;

b) Afară de aceste indicațiuni din timp de pace, experiența războiului mondial a consacrat în mod definitiv înalta valoare terapeutică a oxigenului, la intoxicații prin gaze de luptă. Majoritatea intoxicațiunilor prin gaze de luptă, determină la victimele lor o nevoie mai mult sau mai puțin mare de oxigen.

Aceasta anoxemie este datorită fie unei leziuni pulmonare, care se împotrivesc schimbărilor gazoase, cum ar fi cazul leziunilor provocate de causticii sufo-

canți și vezicantii (edemul pulmonar), fie datorită unei combinațiuni blochismice, care reduce capacitatea respiratorie a sângelui prin inactivarea globulelor roșii, așa cum se observă în cazul intoxicațiunilor cu oxid de cărbune. Ea este cauzată de asemenea de un proces histotoxic, care paralizează anumiți fermenți, cum se întâmplă în intoxicațiile cu acid clanhidric și poate fi datorită în sfârșit unei inhibiții asupra centrilor nervoși, în cazul unui șoc nespecific. Oricare ar fi cauza anoxemiei provocate de gaze de luptă, alături de alte îngrijiri, administrarea de oxigen formează baza tratamentului.

Oxigenoterapia, în starea actuală a cunoștințelor, este o terapie simptomatică. Simptomele anoxemiei sunt cunoscute din descrieri clinice și cercetări experimentale:

1. *Cianoza* este semnul cel mai bun, căci extorează turburările de hematoză, însă adesea este dificil de a aprecia gradul său de dezvoltare.

2. *Dispneea* (polipneea), datorită atât scăderii valorii oxigenului alveolar, cât și mai ales creșterii acidului carbonic care acționează asupra centrului respirator.

Respirația *Cheyne-Stokes* constituie un semn precoce și important al nevoii grave sau prelungite de oxigen.

3. *Tachicardia*. Numeroase lucrări au arătat interdependența sistemului circulator și respirator. Astfel tachicardia poate fi datorită unei nevoi de oxigen, dar în etiologia acestui simptom intervin și alte acțiuni patologice nervoase, umorale, infecțioase, etc.

4. *Turburările subiective*, în anoxemie, sunt mai ales senzații de amețală, anxietate respiratorie, agitație sau depresione și insomnie, ele sunt datorite unei turburări ale oxigenării sângelui. Dacă prin simpla observație clinică al acestor simptome luate izolat, e dificil a afirma nevoia de oxigen, gruparea lor în cursul unei maladii anoxemiante, conduce la diagnosticul de turburare în metabolismul oxigenului.

Laboratorul, prin tehnicile sale delicate, ne-ar putea da indicațiuni utile asupra lipsei de oxigen și mai ales asupra stării de saturație în oxigen a hemoglobinei din sângele arterial, dar din punct de vedere practic nu se poate conta pe acest control biologic, care cere instalațiuni speciale și este dificil de executat.

A. Oxigenoterapia are o acțiune vădită asupra cianozei, pe care o diminuează în mod incontestabil; adesea o face să dispară complet, deoarece toată cantitatea de oxigen circulant se mărește și se apropie de valoarea fiziologică normală.

Acțiunea oxigenului asupra saturațiunii hemoglobinei nu se prelungește peste 15 minute maximum dela oprirea respirației; de aici nevoia de a administra oxigenul în mod continuu sau cu foarte scurte opriri, tot timpul cât persistă anoxemia.

B. Acțiunea oxigenoterapiei asupra ritmului respirator este mai puțin sigură și constantă. După *Magne*

și *Cordier*, aceasta acțiune se explică prin faptul că, alveolele pulmonare se saturează în mod progresiv de oxigen, de unde este apoi luat de sângele circulant.

Prin aceasta se ajunge la dispariția cianozei, însă condițiile de eliminare ale acidului carbonic nefiind modificate, ele întretin o hiperventilație. Nu se poate surprima nici factorul reflex datorit iritațiunii căilor respiratorii profunde, care joacă un mare rol în geneza dispneei.

C. Oxigenoterapia nu modifică în mod constant și apreciabil ritmul cardiac (*Héderer, Magne și Cordier*); nu ridică de asemenea nici tensiunea arterială.

D. Din observațiunile culese în războiul mondial cât și din cercetările făcute ulterior, s'a constatat că inhalațiile de oxigen au o acțiune netă și rapidă asupra simptomelor subiective ale anoxemiei și a stării generale.

În ceea ce privește concentrațiunea de oxigen care trebuie administrat, în urma numeroaselor cercetări experimentale, mai ales pe animale, s'a stabilit că oxigenul administrat pur ar fi toxic, însă limitele concentrațiilor toxice ar varia dela animal la animal.

Totodată s'a ajuns și la o importantă constatare, aceea că, chiar cu masca cea mai ermetic aplicată pe față, concentrațiunea de oxigen nu a putut trece peste 70—80%, cifra care ar reprezenta limita periculoasă (*Dautrebande*).

Experimental s'a stabilit că concentrațiunea utilă în terapia oxigenului, variază între 40—80%, iar concentrațiunea cea mai favorabilă ar fi, după autorii francezi, între 45—55%, ce ar reveni la o administrare de circa 5 litri oxigen pe minut.

După *Muntsch*, autorii germani recomandă o concentrație mai mare (75%); aceasta s'ar realiza cu aparatele germane de oxigenoterapie, administrând 6—8 litri pe minut.

Haldane recomandă pentru cazuri de gravitate medie, 3—6 litri pe minut, iar pentru cazurile mai grave chiar 9—12 litri pe minut.

Ca aparatele de oxigen cu mască pe care le avem în serviciu, putem administra oxigen în concentrație de circa 50%, ceea ce revine la un debit mediu de 5 litri pe minut. Dacă considerăm că rezervorul are o capacitate de 300 litri oxigen, aceasta ar ajunge unei persoane timp de 60 minute, pentru o administrare continuă de oxigen.

Momentul când trebuie intervenit are o mare importanță. În general oxigenoterapia trebuie să fie cât se poate de precoce și înaintea aparițiunii simptomelor clinice de asfixie, pentru a se înlătura decompensarea centrului respirator, contra cărui oxigenul nu mai are nicio acțiune. A rezerva oxigenoterapia numai celor în agonie, cum se face atât de frecvent în practica medicală, constituie un non sens.

Pe baza experiențelor din războiul trecut, trebuie să recurgem la oxigenoterapie ori de câte ori ritmul

respirației a ajuns la 25—30 mișcări pe minut *Dautrebande*).

În lipsa determinării gradului de saturație în oxigen al hemoglobinei pentru a judeca eficacitatea tratamentului, se va administra oxigen până la dispariția cianozelor, reducerea frecvenței mișcărilor respiratorii și mai ales până la ameliorarea semnelor subiective simțite de bolnav.

Această durată variază foarte mult, depinzând de gradul asfixiei, al anoxemiei și de starea individului. Cât timp subsistă anoxemia, ore și chiar zile, se va continua cu administrarea de oxigen, cu scurte întreruperi de 5—6 minute la fiecare $\frac{1}{2}$ oră.

Oxigenul va fi administrat totdeauna fără presurizare, pentru a evita agravarea leziunilor pulmonare.

Nu se va administra oxigenul amestecat cu carbogen, deoarece din cauza excesului de C. O₂ în sânge, centrul respirator nu mai are nevoie de un excitant suplimentar.

Administrarea oxigenului, mai ales la gazați nu are nicio contraindicație (*Dautrebande*).

Accidentele observate în timpul administrării oxigenului prin inhalatie, sunt aproape inexistente. Se observă uneori accelerarea pulsului și a respirației, o stare de beție și amețală trecătoare.

Tratamentul lor este foarte simplu, fiindcă se obține prin întreruperea administrației oxigenului pentru câțiva timp.

Tehnica administrației oxigenului.

Mijloacele întrebunțate pentru administrarea oxigenului sunt multe.

Prima condiție care se cere unei metode adoptate, este aceea de a furniza gazul în cantități suficiente. În acest scop au fost propuse numeroase aparate și dispozitive pentru metode variate, însă astăzi se utilizează aproape exclusiv, inhalatorul de aer mai mult sau mai puțin oxigenat.

Anumiți autori mai ales în Franța, — utilizează injecțiile subcutanate de oxigen cu ajutorul aparatului *Bayeux*.

Numeroase lucrări au căutat a pune în evidență proprietățile fizio-terapeutice ale acestei metode în terapia pneumopatiilor cronice și în stările dispneice cardio-respiratorii (*Ramon, Martinet, Liane, etc.*)

Pe de altă parte însă *Achard, Flandin, Dautrebande, Héderer, Magne și Cordier, etc.* bazați pe cercetări experimentale și observații clinice, au arătat că oxigenoterapia hipodermică, este fără efect în tratamentul cauzal al anoxemiei.

Injecțiile subcutanate de oxigen, pe lângă faptul că sunt dureroase, nu permit decât introducerea unei cantități reduse de circa 300—1500 cmc., cantități insuficiente pentru nevoile de oxigen al unui anoxemiat.

Unii autori, mai ales englezii, au preconizat și introdus metoda injecțiilor intravenoase cu oxigen.

Pe lângă faptul că sunt periculoase, putând da naștere la embolii pulmonare — chiar mortale — calea intravenoasă nu permite decât introducerea unei cantități reduse de oxigen, maximum 200—300 cmc. dintr-o dată, injectată, cu multă prudență și extrem de încet, 8—9 mm c. pe minut (*Alexandrescu Dersca*).

Roussel, Stein, etc., au utilizat injecții intraperitoneale de oxigen cu rezultate interesante.

Mohr și Cahran au întrebunțat injecții de oxigen pe cale intrarectală însă s'a dovedit că sunt și mai puțin eficiente decât cele subcutanate.

Administrarea oxigenului pe cale de inhalație

Paskov, Wassel etc., utilizează metoda administrării de oxigen printr'un cateter nazal.

Această metodă, admisă mai ales de belgieni și americani se servește de o sondă uretrală *Nélaton* Nr. 15, care după ce a fost unsă cu vaselină cocalizată, este introdusă până în cavum. Sonda este pusă în legătură printr'un tub de cauciuc cu o sursă de oxigen, având intercalat un vas spălător.

Cu ajutorul acestui cateter nazal se poate administra 2—3 litri de oxigen pe minut, realizându-se o concentrație de circa 30—40%.

Pe baza cercetărilor experimentale și a experienței clinice s'a dovedit că cele mai bune, cele mai economice și cu cele mai mari avantaje, sunt aparatele de administrat oxigenul cu mască.

În general o instalație de administrat oxigenul cu mască se compune din :

1. O butelie de oxigen, având forma unui tub cilindric din oțel, cu capacitatea de 300—1500 litri de oxigen, conținut sub o presiune de 150—300 atmosfere.
2. Butelia este prevăzută cu un ventil reductor al presiunii (manodetentor).
3. Un debitmetru, care indică cantitatea de oxigen ce se administrează pe minut.
4. Un manometru — finmetru — care indică cantitatea de oxigen ce există în tub.
5. Un sac respirator — compensator — de o capacitate de circa 2 litri, confecționat din pânză cauciucată.
6. O mască de inspirație și expirație. Supapa de inspirație este legată cu
7. un tub elastic gofrat, legat de sursa de oxigen.

Pentru campanie sunt utilizate aparate de oxigen mai simple, portative, prevăzute numai cu un ventil reductor al presiunii și cu un manometru indicator al conținutului de oxigen. În locul debitmetrului există un ventil de dozarea automată a oxigenului inhalat.

Tipul acestor aparate este aparatul *Audos*, Md. J. I., al casei *Degea*, cu care sunt dotate și ambulanțele și

spitalele noastre de campanie; — de aceea vom descrie mai pe larg modul de utilizare al acestui aparat.

1. Deschiderea aparatului.

Deschidem cele două închizători cu arc și ridicăm apoi complet capacul. Partea interioară a cutiei conține butelia de oxigen, supapa pulmonară de dozarea automată a oxigenului (supapa Audos) și masca; în capacul cutiei se găsește tubul de respirație și o serie de instrumente accesorii.

Schema aparatului Degea-Audos. Model J. I.

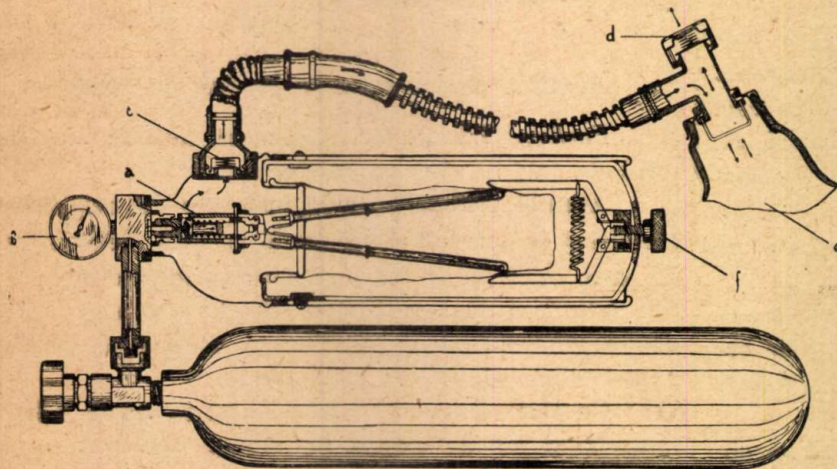


Fig. 1.

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| a = Supapa pulmonară. | d = Supapa de expirație. |
| b = Manometru. | e = Masca. |
| c = Supapa de inhalație. | f = Butonul de reglare. |

2. Pregătirea aparatului.

Se scoate tubul din pensele fixatoare care se găsesc în capacul cutiei. Se înșurubează plesa cu ghivert dela capătul tubului la cutia protectoare a supapei pulmonare, iar la celălalt capăt se înșurubează masca de inhalație. Acum aparatul este gata de întrebuințare.

Înainte de a plasa masca de inhalație pe fața bolnavului, trebuie deschis robinetul buteliei de oxigen, învârtindu-l spre stânga până la refuz (oprire). Verificăm prin citirea manometrului, dacă mai există suficient oxigen în butelie.

3. Punerea în funcțiune.

Aplicăm masca cu grăjă peste nasul și gura bolnavului, fixând-o cu ajutorul corzelor reglabile și elastice care se trec pe deasupra capului. După punerea măștii, trebuie să ne dăm seama de funcționarea ireproșabilă a aparatului prin ajutorul auzului, fiindcă atunci când funcționează regulat se percepe cu ușurință un șgomot șuerător pe care îl face oxigenul la fiecare inhalație.

Dacă din cauza rănilor feței sau din alte cauze, nu se poate aplica bine masca pe fața bolnavului, administrăm bolnavului un curent de oxigen permanent cu ajutorul butonului de reglare, învârtind în direcția indicată de cuvântul „Mehr”. Butonul se găsește la partea inferioară a cutiei cilindrice de protecție.

Este necesar să mai menționăm că aparatele de administrat oxigenul nu trebuiesc unse pentru a evita pericolul unei explozii.

În războiul trecut, în cadrul serviciului sanitar de campanie s'a căutat a se rezolva problema oxigenoterapiei colective în spitale, centre de gazați, etc., prin diferite dispozitive.

Se utiliza 6—12 posturi prevăzute cu câte o mască, care erau aprovizionate prin metoda canalizărilor dela o sursă de oxigen.

În cursul războiului trecut, Hill, Plumer, Poulon, etc., au utilizat în țările anglo-americane pentru administrarea oxigenului, corturi din pânză impermeabilă; acestea acopereau partea superioară a corpului bolnavului; alți autori (Campbell, Dufour, etc.), au întrebunțat așa numitele camere de tratament, care conțineau o atmosferă bogată în oxigen.

Metoda corturilor și a camerelor de tratament permite o oxigenoterapie de lungă durată fără a obosea bolnavul; are însă inconvenientul că pe lângă că este foarte costisitoare, are nevoie de supra-

veghere permanentă și atenție deosebită pentru manipularea diferitelor dispozitive de măsurat temperatura interioară, starea hidrometrică, conținutul în oxigen și în bioxid de carbon din interiorul cortului.

Concluziuni

1. Oxigenoterapia este o medicație de viitor, cu numeroase indicațiuni medico-chirurgicale în timp de pace și o armă terapeutică de neprețuit în războiul chimic.

2. Metoda inhalațiilor de oxigen, prin aparate speciale este metoda de elecție, care convine la toate cazurile de anoxemie.

3. Oxigenul trebuie administrat:

a) fără presiune;

b) amestecat cu aer; concentrația utilă de oxigen variază între 40—80%;

c) precoce, înainte de apariția sau agravării clanozel;

d) continuu cu foarte scurte întreruperi de maximum 5 minute la $\frac{1}{2}$ —1 oră;

e) prelungit ore și chiar zile. Supradozarea e rară; trebuie însă să ne păzim mai ales de subconcentrațiuni;

f) *Abundent*, ca să poată asigura oxigenarea sângelui; doza terapeutică variază de la 4 - 8 litri pe minut.

4. În multe cazuri oxigenoterapia nu constituie decât adjuvantul unei terapii, care nu dispensează de a recurge și la alte resurse ca venesectiile, cardiotonice, etc.

Bibliografie

1. L. Binet, M. Bochet, V. Strumza: L'anoxémie Ses effets. Son traitement. L'oxygénothérapie. Paris, 1939. Éd. Masson, 93 pag.
2. L. Binet, H. Bour: L'Oxygénothérapie en France. Le Monde Médical. Nr. 948. Avril 1940. Paris, pag. 97—117.
3. I. Bălănescu, I. Gr. Balaban: Arma chimică. Problema de război. Vol. II. Academia de Medicină din România. București, 1940, pag. 211—404.
4. C. Cot: Les asphyxies accidentales. Paris. Éd. Maloine, 1931, pag. 414.
5. A. Courcoux: Traitement des hémoptysies tuberculeuses par les injections sous-cutanées d'oxygène. Revue de la Tuberculose, pag. 151, 1934.
6. J. Couturat: L'oxygénothérapie dans les pneumopathies aiguës. Presse Médicale, Nr. 44, 1938. Pag. 876.

7. L. Dautrebande: Oxygénothérapie et carbothérapie. Paris. Éd. Masson, 1937, 300 pag.
8. L. Dautrebande: Les gaz toxiques. Paris. Éd. Masson, 1933, p. 371.
9. Le Monde Médical: Numéro consacré à la défense passive contre les gaz. Numéro 936, 1—15 Mai 1936, Paris, pag. 73.
10. Ch. Héderer et L. André: De l'oxygénothérapie dans les pneumopathies aiguës. Paris Médical 1937. Ed. Baillière Nr. 52, 1937, pag. 509—516.
11. Ch. Héderer et André: Les injections sous-cutanées d'oxygène, de carbogène et d'acid carbonique dans le traitement des pneumopathies aiguës. Gaz de combat. Paris. Nr. 6, Nov. 1937, pag. 274—304.
12. Med. Maior Dr. N. Ignă: Oxigenoterapia. Revista Sanitară Militară Nr. 4/1938, pag. 323.
13. R. Lemaire: L'oxygénothérapie et ses difficultés techniques. Archives hospitalières. Paris, Juillet Nr. 13, 1938, pag. 581—585.
14. H. Magne et D. Cordier: Les gaz de combat au point de vue physiologique, médical et militaire. Paris. Baillière 1936. 162 pag.
15. Dr. O. Muntsch: Leitfaden der Pathologie und Therapie der Kampfstoffkrankungen. Leipzig, 1939. Ed. V. Pag. 149.

Note și informațiuni

Prin Decret Nr. 2149/1944, d-l prof. Daniel Danileopolu, a fost numit ministru secretar de Stat la Departamentul Sănătății și Asistenței Sociale.

D-l prof. Mezincescu, a fost numit secretar general al Ministerului Sănătății.

D-l prof. D. Popovici, a fost numit prorector al Universității Cluj; d-l prof. M. Kernbach, prodecan al Fac. de Medicină Cluj.

D-l Dr. Const. Berariu, a fost înaltat șef de lucrări definitiv la Clinica Medicală II dela Fac. de Medicină Cluj.

D-l Dr. Augustin Mureșanu, a fost înaltat șef de lucrări definitiv la catedra de anatomie patologică dela Fac. de Medicină București.

În intervalul de 15 Oct.—15 Nov. 1944, s'au făcut următoarele mișcări în personalul medical dela Ministerul Sănătății:

D-na Dr. Ana Șerpeanu Duțescu, medic prov. la circ. Rechetău, jud. Cluj-Turda, a fost transferată după cerere la circ. Smeeni, jud. Buzău.

Dr. Marin Teșolu, medic secundar cu concurs la spital de chirurgie „Dr. Cădea” din Timișoara, transferat după cerere la spitalul Filantropic din Craiova,

Dr. Boroș Ion, medic definitiv al circ. Cârpa, jud. Severin, se numește prov. în postul vacant de medic secundar la Spitalul de copii „Pr. Mircea” Arad.

D-na Dr. Marla Fierăscu, se numește prov. medic al circ. Branșca, jud. Hunedoara.

Dr. Horovitz Iosif, se numește prov. medic al circ. Sîta, jud. Buzău.

Dr. Ionescu Marla, se numește prov. medic al circ. Lovrin, jud. Timiș.

Dr. Răduș Teodor, se numește prov. medic secundar la spitalul Deva, secția puericultură.

Dr. Grămadă Constantin, se numește prov. în postul vacant de medic al circ. Cârpa, jud. Severin.

Dr. Lupan Alexandru, medic primar chirurg la spitalul „A. Cincu” Tecuci, se detașează în postul de medic primar chirurg la spitalul Turda.

Dr. Boca Traian, se numește prov. medic al circ. Berghin, jud. Alba.

Dr. Constantinescu Ovidiu, medic primar la sanatoriul T. B. C. Geoagiu, se numește prov. director al sanatoriului în locul d-lui Dr. A. Petri.

D-ra Ballif Vlortica, licențiată în fizico-chimice, se numește în postul de chimist stagiar la Institutul de Igienă și Săn. publică, Sibiu.

† Med. Lt. Dr. Mircea Popescu

(23 Ianuarie 1909—25 August 1944)

Ca o lovitură de trăsnet a cutremurat sufletele noastre moartea fulgerătoare a colegului nostru iubit Doctorul Mircea Popescu.

Descendent dintr-o veche familie de luptători naționaliști — fiu al veneratului preot Ioniță Popescu din Craiova, pe lângă alți doi frați și o soră rămâne orfan de mamă la vârsta de 8 ani.

Sortit fiind astfel încă din frageda copilărie să înfrunte greutățile vieții — având parte numai de iubirea sacră a Părintelui lor — colegul Mircea Popescu își termină studiile primare și secundare în orașul Craiova, iar cele universitare la Cluj, unde ajunge unul dintre cei mai distinși elevi ai Facultății de Medicină, promovându-se ca Doctor în primăvara anului 1936.

Crescut într-o atmosferă profund religioasă cu un cult deosebit pentru muncă, cinstire și omenie, reușește să se afirme încă de pe băncile universitare, câștigându-și toată dragostea din partea colegilor și justa apreciere din partea profesorilor.

Caracter dârz dotat cu o putere de muncă colosală, voință neobosită și inteligență sclipitoare, încă ca student în medicină a activat și pe teren cultural mai mult ani în cadrele Societății Studenților în Medicină, desfășurând o activitate dintre cele mai rodnice prin conferințe și șezători culturale și prin o vie propagandă la sate.

Orator desăvârșit prin claritatea și eleganța verbului său, frazele sale scurte și precise rostite fără patos, răsunau ca un tunet în urechile auditorului curios.

Imediat după promoție ocupă postul de medic sanitar la țară: 1. în comuna Știrbel—Romanși unde pune bazele unui dispensar și pe urmă în comuna Bârca—Dolj. În ambele localități s'a distins prin vasta sa cultură medicală, prin puterea sa de muncă, prin altruismul său și devotamentul față de cel suferinzi.

Între timp își face specialitatea în stomatologie, stabilindu-se cu un cabinet dentar ultra modern în orașul său natal, unde prin temeinicia cunoștințelor sale de specialitate și prin interesul deosebit pe care l-a arătat întotdeauna pacienților săi, a ajuns un reprezentant devotat al profesiei sale la Craiova.

Activitatea sa medicală în ultimii ani a fost însă întreruptă prin războiul actual, fiind aproape tot timpul mobilizat pe front unde — prin dragostea lui neîarmurată față de Țară și Neam — și-a făcut cu prisosință și pe deplin datorita în primele linii, necunoscând niciun obstacol și fiind condus numai de suprema și sfânta lozincă de a da cât mai rapid și eficace primul ajutor eroilor noștri.

În luna Aprilie a anului curent fiind mobilizat ca medic al Flotilei din Craiova, pleacă cu o escadrilă la Constanța.

La 25 August a. c., escadrila primind ordin de reîntoarcere la Craiova, toate avioanele sosesc cu bine înafară de avionul condus de Căpitanul aviator Viădescu Gheorghe și fratele acestuia, având încă 3 ocupanți: pe Doctorul Mircea Popescu, telegrafistul Badea Marin și fruntașul Pleșa Constantin.

Avionul a fost doborât în vecinătatea satului Tătăran—Poești unde cu toții au fost înmormântați în pripă sub bombardamentele nemțești.



Astfel, tocmai în momentele actuale — când țara și omenirea întreagă trece prin cele mai grele frământări și când Patria noastră are lipsă mai mult ca oricând de vrednicia celor mai distinși fi ai ei — o moarte necruțătoare și fulgerătoare a smuls pentru totdeauna din mijlocul nostru pe eminentul nostru coleg Doctorul Mircea Popescu alături de camarazii săi de luptă.

Căzut la datorie prin suprema jertfă adusă pe altarul Patriei, dispăre una din figurile reprezentative ale Școalei Medicale Ardelene în tinutul Olteniei și un adevărat slujitor al vieții românești pe aceste plaiuri.

După aproape două luni corpul său neînsuflit este adus în orașul natal Craiova și înmormântat aici în ziua de 22 Octombrie 1944, fiind petrecut la locul de veci de toată suflarea românească a acestui oraș.

Rămâne un părinte încărunțit și greu încercat, o soție îndurerată și neconsolată și iubitul său copil Radu în vârstă de 6 ani.

Din adâncul sufletului nostru dorim ca aceste cuvinte — pornite din durerea ce ne copleșește în fața mormântului distinșului nostru coleg Mircea Popescu — să capete țărâna necesară pentru a aduce o cât de mică alinare ființelor lui scumpe rămase.

Răpus în floarea vieții și în plină putere de activitate, lipsește un întreg colț de țară de binefacerii sale, lăsând în urma sa regretele unanime ale celor ce l-au cunoscut, l-au apreciat și l-au iubit.

Cu profundă pietate ne înclinăm în fața mormântului său proaspăt. Amintirea lui va trăi de-a-pururi în sufletele noastre întristate.

Fie-l țărâna ușoară și memoria binecuvântată.
Craiova, 22 Octombrie 1944

Med. Lt. Dr. Mircea Popluca
din Spitalul 2 Campanie

Indexul materiei articolelor originale

A

	Pag.
Accidente renale după sulfamidoterapie	358—361
Activitatea secției de boli de piele, venerice și sifilis a spitalului Gh. Mărzescu — Spitalul de Boli Sociale din Brașov — în ultimii 10 ani	232—243
Activitatea spitalicească a Clinicei bolilor contagioase în anul 1943	193—195
Adenoidita acută prelungită	308—310, 382
Afecțiuni cardioreumatismale larvate de siringomielie	444—446
Afecțiuni cutanate de natură profesională	330—332
Alergia și sindromul ipoglicemic în trichinoză	310—317
Analiza unor ape minerale carbo-gazoase alcalinoteroase	451—452
Anghiluloză cu icter cronic, litiază biliară și diverticol duodenal, asociat cu oxiruoză și trichocefaloza	366—369
Apele noastre cloruro-sodice-iodate și valoarea lor tera- peutică	507—510
Arsurile cu fosfor	345—347
Atrofie iriană progresivă cu policarie, de origine sifilitică	450—451

B

Bila calcară	98—101
Boala lui Guillain — Barré în legătură cu un caz clinic	275—278

C

Câteva considerațiuni asupra trichocefalozei, în legătură cu un caz de apendicită cu trichocefal	172—175
Cercetări asupra cultivării bacililor tifici din proba de sânge coagulat — Valoarea diagnostică în febra tifoidă	33, 53—56
Cercetări asupra valorii sero-reacțiunii Widal calitativă, în diagnosticul febrei tifoide și paratifoide	348—353, 424
Cincizeci de ani dela moartea lui Teodor Billroth	89—90
Claudenul în tratamentul elefantiazei buzei inferioare	122
Considerațiuni anatomo-clinice asupra rinichiului poli- chistic, în legătură cu două cazuri	353—358
Considerațiuni asupra aortitei vârstei tinere în legătură cu două observațiuni clinice	70—72
Considerațiuni clinice asupra două cazuri de abces pa- rarenal vindecate prin tratament conservativ	13—15
Considerațiuni asupra conglatațiunilor observate în ac- tualul războiu	297—300
Considerațiuni asupra fibro-sarcomului traumatic în legătură cu un caz clinic	166—167
Considerațiuni asupra funcțiunii endocrine a pro- statei	92—96, 147—149
Considerațiuni asupra gangrenelor genitale în legătură cu un caz de gangrenă fudroiantă-spontană tip Fournier	112—116
Considerațiuni asupra importanței oto-rino-laringologiei în urgența chirurgiei de războiu	19—23
Considerațiuni asupra meningitei pneumococice post- traumatice	278—281
Considerațiuni asupra narcozei pe cale intravenoasă cu Eunarcon	376—378

Pag.

Considerațiuni asupra semnificației eozinofiliei în ple- ureziile exudative	269—272
Considerațiuni asupra stadiului actual în tratamentul hipertrofiei de prostată și locul hormonoterapiei	369—376
Considerațiuni asupra turburărilor de structură a lim- bajului	228—231
Considerațiuni asupra unui caz de ruptură musculară a psoasului, probabil în urma unei febre tifoide	170—171
Considerațiuni asupra unui caz de ruptură spontană a fundului uterin în timpul facerii	57—59
Considerațiuni clinice și patogenetice asupra „Basedow- ului gras”, în legătură cu două cazuri	305—307
Considerațiuni clinice și patogenetice asupra cancerului pancreatic cu diabet grav, cu acidoză	403—405
Considerațiuni generale asupra chistului hidatic al rin- chiului în legătură cu un caz operat și vindecat	151—154
Considerațiuni în legătură cu un caz de distonie neuro- vegetativă cu crize de simpaticotonie și hipertensiune	104—107
Constatări asupra stării de nutriție și defectelor fizice a elevilor școalelor primare din circumscripția Codlea (Brașov)	190—193
Contribuțiuni la determinarea tipului constituțional la bolnavii mintali	60—65
Contribuțiuni la sindromul stazei duodenale	481—486
Contribuții la studiul artritelor infecțioase și septic- mice ale copiilor	437—440
Contribuțiuni la studiul factorilor ereditari în nevrozele traumatice de războiu	215—218
Contribuțiuni la studiul tratamentului stărilor depresive	412—416
Contribuțiuni la tratamentul turburărilor digestive esti- vale în mediul rural și urban cu sulfathiazol și sulfapiridină	23—25
Cu privire la bolnavii de turbare	25—26

D

Despre conduita operatorie în fibromele maso-faringeene	49—52
Din activitatea de ocrotire și asistență a Consiliului de Patronaj local din comuna Codlea	79—81
Disfagia stiloidiană	218—223
Disocierea fenomenelor clinice și radiologice în pneu- moniile tratate cu sulfamide	329—330
† Doctorul Dan Rădoescu	88
† Dr. Elena Baroni	511
† Dr. Mircea Petri	471
† Dr. Ștefan Preotesoiu	511—512
† Dr. Victor Frățilă	471

E

Efectul tampon al apei lacului Ursu din Sovata	488—490
Evoluția farmacologiei	457—463, 498—504
Evoluția trombocitelor în cursul tifusului exantematic și a febrei tifoide	110—112

F

	Pag.
Farmacologia în cadrul necesităților terapeutice . . .	137—146
Febra tifoidă la copii	440—444
Flebitele în febra tifoidă	17—19
Fizioterapia în războiu 293-296, 341-344, 405-408, 453-456, 494-498	

H

Hemocultura și seroreacția. Widal calitativă în cursul febrei tifoide	490—494
Hemostaza cu oleiu de terebentină	223—224

I

Infecția de focar	201—211, 258—262, 424
Importanța diagnostică a puncției ganglionare	249—258

L

La o sută de ani dela nașterea doctorului Robert Koch . . .	90—91
Latirism cu paraplegie	394—397
Leccióna inaugurală a Prof. Dr. Marius Hângănuț, titularul catedrei de balneologie și dietetică, ținută în 21 Nov. 1942	1—7
Localizarea osoasă a limfogranulomatozei	107—110

M

Medicina în procesul socializării	473—481
Meningită otică la un copil de un an și 4 luni, vindecată prin craniectomie timpano-mastoidiană și administrare de sulfamide	487—488
Mielită în urma unei injecțiuni de neosalvarsan	300—301
Modificările elementelor figurate sangvine în afecțiunile hepatice	397—400

N

Nevrita optică retrobulbară bilaterală vindecată prin dubla trepanare sfeno-etmoidă	97—98
Neuroza tipică a femeii de 30 ani	389—394
Notă complimentară la articolul „Cercetări asupra circulației hipofizei”	281

O

O nouă probă în hepatite	155—159
Organizarea învățământului sanitar și administrativ auxiliar	183—190
Organizarea și funcționarea serviciului sanitar la unitățile de aeronautică în zonele operative ale frontului de răzăr	225—228
Osteopsatroza idiopatică	447—450
Osteotomia substrochanteriană și indicațiunea ei în pseudo-artroza colului femural	72—75

P

Pansinusită supurată cronică anterioară bilaterală fistulizată	213—214
Paraplegie spinală spastică familială a lui Strümpell-Lorrain la doi frați	149—151

Pag.

Preumotoracele artificial în secția de boli pulmonare a Spitalului Militar din Sibiu	327—328
Prevenirea accidentelor de transfuzie prin stabilizarea și conservarea sângelui cu soluție gluco-citratată concentrată	263—268
Prevenirea și tratamentul stării de precolaps și colaps din tifusul exantematic	324—327
Progrese și perspective în radioterapia tumorilor . . .	8—13
Puncția ficatului în diagnosticul cancerului hepatic . .	65—67

R

Rezistența emoglobinică în câteva boli nervoase și mentale	211—212
Rezultatul unui an de activitate la un centru de puericultură rural. Metode de lucru	75—78

S

Sifilis familiar cu două cazuri de infecții extragenitale .	361—366
Sistemul nervos central și funcțiunea de apărare . . .	317—324
Studiu anatomo-clinic asupra cazurilor de ocluzii intestinale prin diverticolul lui Meckel, observate în Clinica Chirurgicală	160—165

T

Talagie prin exostoze calcaniene	435—436
Terapia combinată cu substanțe organoproteice în tratamentul inflamațiilor articulare cronice	378—380
Timpanotomie atrio-atăcală	301—304
Tratamentul abcesului perirenal cu sulfamide	68—70
Tratamentul fracturilor de războiu complicate cu osteită .	409—411
Tratamentul recto-sigmoiditelor cu vaccin antitifo-paratific și clisme cu acid tanic	179—183
Tratamentul ulcerului gastro-duodenal cu ser glucozat hipertonic 25%	116—122

U

Un caz de catalepsie cu narcolepsie	347—348
Un caz de chist hidatic pulmonar primitiv simetric . .	15—17
Un caz de feminism suprarenal	433—434
Un caz de hernie diafragmatică dreaptă cu semne clinice de fistulă stercorală toracică	125, 272—275
Un caz de intoxicație cu Veronal	101—104

V

Valoarea simpatectomiei primului ganglion lombar în tratamentul cauzalgiei membrului inferior, în legătură cu un caz de cauzalgie după rănire de războiu .	400—403
Valoarea vitezei de sedimentare a hematiilor în reumatism	175—178
Vână renală supranumerară dreaptă (traect embrionar persistent — anastomoză reno-cavă retro-aortică) .	168—169

Indexul autorilor articolelor originale

A

	Pag.
Albu I.	132, 133, 168—169, 386—387
Aleman Mircea	353—358
Alimănișteanu-Adam	33, 53—56
Ardelean I.	33, 348—353, 424, 490—494, 53—56

B

Baciu I.	317—324, 463
Bălan M.	409—411
Bârle H.	101—104, 290, 424, 425
Bârzu I.	218—223, 285
Belu N.	57—59
Benetato Gr.	363—268, 317—324, 463
Berariu C.	34, 40, 98—101, 125, 272—275
Benchea V.	23—25
Birău I.	37, 38, 112—116, 131, 132
Bologa Emil	232—243, 361—366
Borcoman O.	327—328
Borza Z.	39, 40, 72—75, 123, 160—165, 246—247, 417

Botiș A.	330—332
Bratu I.	92—96, 147—149
Bruda P.	13—15, 37, 38, 92—96, 132, 147—149, 285
Bucheru D.	285, 369—376, 400—403
Buzoianu Gh.	29, 30, 49—52, 97—98, 129—130, 131, 213—214, 287, 301—304, 386

C

Cadariu S.	110—112, 440—444
Căprariu Fl.	225—228, 417, 444—446
Ciplea Al.	382, 384, 511—512
Ciurdariu P.	70—72, 366—369, 384
Colbazi E.	232—243, 361—366
Columb H.	57—59
Comes L.	68—70, 104—107, 246, 334, 490—494

Cosma V.	110—112, 170—171
Cotoi N.	420
Crișan V.	193—195

D

Dan Gh.	112—116, 125—127, 131—132
Dăncilă Șt	437—440
Danicico I.	101—104, 290, 369—376, 400—403
Degan E.	116—122, 179—183, 305—307
Dobrescu Gh. A.	329—330
Dragomir L.	284, 300—301, 394—397, 444—446

Dragomir T.	394—397
Duma D.	149—151, 275—278, 284, 244, 334, 394—397, 417, 435—436
Dumitrescu A. T.	327—328
Dumitriu C.	324—327

F

Faur A.	358—361
Faur Gh.	70—72, 125, 175—178, 179—183, 272—275, 310—317, 403—4, 05

Pag.

Fodor O.	65—67, 155—159, 269—272, 416
Fogaș C.	151—154

G

Galea V.	451—452
Gârbea St	19—23, 218—223, 308—310, 382
Gasnaș V.	228—231
Gavrilă I.	17—19, 39, 110—112, 278—281, 247, 382, 440—444, 490—494
Gavrilă V.	278—281
Ghinescu C.	116—122
Giuglea C.	324—327
Goia I.	40, 201—211, 258—262, 424

H

Hângănuț M.	1—7, 124—125, 384, 481—486
Hațieganu I.	249—258, 384, 389—394, 433—434, 463, 481—486

I

Igna N.	345—347
Ilian V.	40, 49—52
Ioanoviciu Gh.	70—72, 125, 175—178, 272—275, 403—405
Ionașiu L.	149—151, 215—218, 244
Ionescu-Comes V.	67—70, 124
Ionescu I. A.	400—403
Iorga E.	223—224
Iubu Mihai	29, 30, 88, 97—98, 129—130, 301—304, 386, 487—488

J

Jecu A.	15—17
Jovin I.	8—13

K

Kernbach M.	473—481
-------------	---------

L

Lepădatu C.	151—154
Limpede G.	218—223
Lungu C.	149—151, 215—218, 244
Lupea V.	488—490

M

Macavei I.	33, 107—110, 249—258, 282, 358—361, 417
Manta C.	40, 104—107, 124, 244—246, 488—490

Manta Oct	19—23
Mateș E.	60—65, 215—218
Mețianu C.	28, 179—183, 244—246, 305—307, 310—317, 383
Michail D.	385, 435—436
Miclăuș	193—195, 278—281, 247
Mircioiu C.	34, 172—175
Modran L.	297—300
Morariu E.	124, 507—510
Motogna Al.	330—332
Munteanu O.	170—171, 175—178, 305—307, 310—317, 366—369, 437—440

N

	Pag.
Nicoară E.	90—91
Nuțiu E.	75—78

O

Olariu E.	101—104, 289, 290, 424—425
-----------	----------------------------

P

Păcurariu I.	97
Papilian M.	68—70, 246
Papilian V.	246, 281, 335, 424, 511
Păunescu F.	25—26
Petculescu E.	487—488
Pop Al.	31, 35, 89—90
Pop T.	447—450
Popa R.	249—258, 337
Popluca M.	112—116, 125—127, 127—129, 131, 181, 463
Popovici Gh.	29, 44, 129, 130, 131, 213—214, 301—304, 437—440, 468
Prăgoiu I.	166—167, 336, 382
Puiu V.	376—378
Pușcașiu I.	289, 369—376, 400—403

R

Radu C.	447—450
Radu I.	122
Radu P.	15—17, 249—258, 353—358
Reisenhoffer L.	249—272, 416
Retezeanu Al.	211—212
Russu I. G.	29, 30, 132, 168—169, 213—214, 281, 285, 335, 425, 49—52

S

Săbăduș V.	397—400
Scurtu A.	23—25, 447—450
Secărea V.	33, 384, 481—486
Spărchez T.	249—258
Spătaru T.	34, 40, 42, 172—175, 376—378
Stoenescu Th.	60—65
Stoia I.	79—81, 190—193
Stoian G.	107—110, 417, 463
Stoichiția I.	183—190
Sturza M.	32, 123, 293—296, 334, 341—344, 405—408, 421, 453—456, 470, 494—498

Susan B.	409—411
Szent-Paly I.	378—380

Ș

Șerbu I.	412—416
----------	---------

T

Tătaru C.	244, 297—300, 334, 468
Teșoiu M.	223—224

U

Urechia C. I.	211—212, 300—301, 347—348, 435—436
---------------	------------------------------------

V

Velluda C.	137—146, 457—463, 498—504
Vespasian P.	166—167, 336, 382
Vlad L.	317—324, 463

W

Weindel E.	487—488
------------	---------

Z

Zolog N.	450—451
----------	---------

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree

sindromul gastro-
cardiac

meteorism



Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

Dodonal



Înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0.3 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6

SYMPATOL

PENTRU INIMĂ ȘI CIRCULAȚIE

Indicațiuni

Slăbiciune vasculară cu tensiune sanguină scăzută:

Convalescență - Hipotonie - Sarcină - Turburările bătrâneții

Vătămare generală a circulației:

Gripă - Difterie - Tuberculoză - Febră tifoidă - Pneumonie

Colapsuri grele:

Operațiuni - Nașteri - Hemoragii - Șoc

Forme de comerț: lichid 10% și fiole à 0,06 gr.

Reprezentanți

"Transmare" S.A.R. de Import și Export
Str. Nicolae Goleșcu 15, București III



Redacționale

Costul anual al abonamentului la revistă este de Lei 2500. Pentru autorități 5000 Lei. Costul unui număr este 300 Lei. — Abonamentele se plătesc anticipativ prin mandate poștale pe adresa: Administrația Ardealul Medical, Clinica ginecologică și obstetricală, Cluj-Sibiu, strada Haller 1.

Toată corespondența referitoare la chestiuni de redacție și administrație se va adresa: Clinica ginecologică și obstetricală Cluj-Sibiu, str. Haller Nr. 1.

Revistele generale și articolele originale vor fi publicate întregi. Nu se admit articole cu urmare. Articolele nu vor depăși 3 pagini de revistă. Costul tiparului peste 3 pagini va fi suportat de autor, 2500 Lei pagina.

Redacția revistei își rezervă dreptul de a reduce articolele prea lungi.

Costul extraselor îl privește pe autor și se trimite deodată cu manuscrisul pe numele tipografiei, care altfel nu e obligată a face extrasele.

Se refuză articolele de critică și polemică ce vizează persoane, ca și articolele cari au fost deja publicate într-una din revistele din țară.

Recensiile articolelor originale vor fi scurte (maximum 15 rânduri tipărite, aprox. 30 rânduri scrise). Ele vor începe cu titlul lucrării în românește, titlul original (în paranteză), autorul, revista, numărul revistei, pagina și anul.

Toate manuscrisele vor fi dactilografiate.

Costul clișeeilor privește pe autori și vor fi comandate de autori după formatul revistei.

Domnii abonați sunt rugați să anunțe la timp schimbarea domiciliului, pentru a evita orice neînțelegere în legătură cu expedierea revistei.



BRONCHOTIOFAN

Sirop

EPHEDRIN
BROMOFORM
COFEIN NATR. BENZ.
SENEGA—ACONIT

Bolile căilor respi-
ratorii

Bronșite
Cathar
Pneumonie
Influență gripală
Traheită
Laringită

IPECODAL

Tablete

CODEIN PHOSPH.
PLV. DOWERI
ACID ACETYLO-SAL.

Bolile catarale ale
căilor respiratorii

Anghină pectorală
Tuse
Laringită

PULMOROBIN

Sirop

CODEIN PHOSPH.
AETHYL MORPHIN
GUAIACOL LICHID
KAL. SULFOGUAIACOL
CALC. GLYCEROPHOSPH.
CALC. LACTOPHOSPH.
EXTR. CHINAE FLUID.
TRA ACONIT.

Bolile pulmonare

Tuberculoză
Bronșite acute
Bronșite cronice
Cathar pulmonar

SULFAZOL

Tablete

CHLORHYDRAT DE SULFAMIDO-
CHIRISOIDINĂ
AMINO BENZENSULFAMIDA

Septicemii

Scarlatină
Erizipel
Endocardită lentă
Avorturi septice
Faceri complicate

Fabrica HYGEA-CLUJ S.A.R. București

PENTRU PRODUSE CHIMICE ȘI FARMACEUTICE

Splaiul Unirii 127 — Telefon 4.22.44